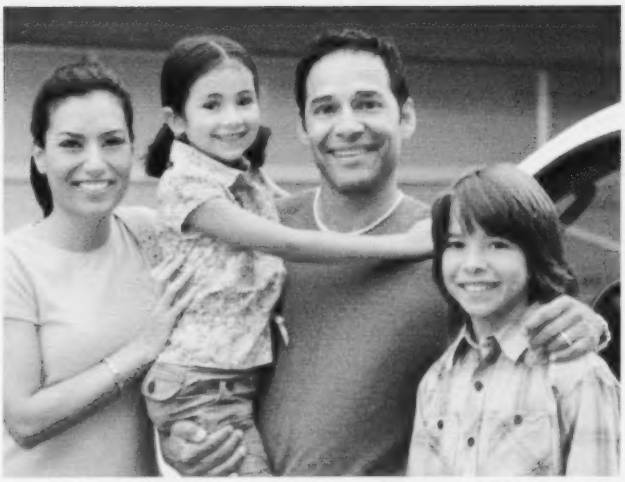


Rapport annuel 2011-2012 de l'ICIS

Au cœur des données

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

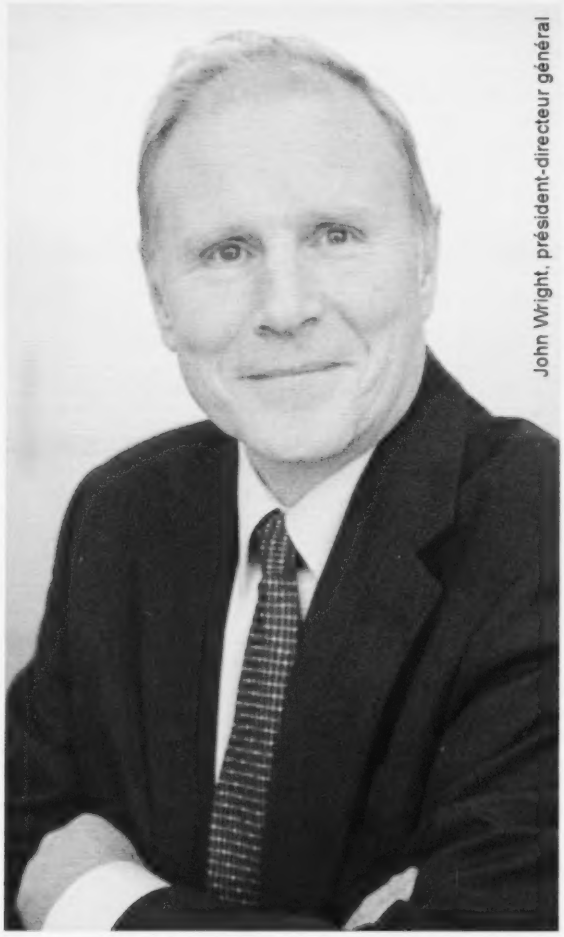
Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Message du président du Conseil d'administration et du président-directeur général 1
Nos réalisations 3
Des données plus nombreuses et de meilleure qualité 5
Analyses pertinentes et exploitables 11
Compréhension et utilisation améliorées 17
Perspectives 27
Analyse de la direction 29
États financiers vérifiés 37
Notre équipe de direction et de gouvernance 53
Haute direction 53
Conseil d'administration 54
Composition des comités du Conseil d'administration 55

Dr Brian Postl, président du Conseil d'aministration



John Wright, président-directeur général

Message du président du Conseil d'administration et du président-directeur général

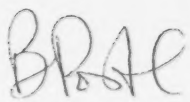
Le secteur des soins de santé est en constant mouvement. À titre de partenaire clé dans la prise de décisions et d'organisme qui œuvre au cœur des données, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) doit bouger au même rythme. D'ailleurs, au cours de la dernière année, qui fut à la fois difficile et enrichissante, l'immobilisme n'a jamais fait partie des options de l'ICIS.

Pour aller de l'avant, nous avons amélioré la qualité, l'actualité et l'étendue de nos données ainsi que la portée et l'exhaustivité de nos rapports analytiques pour répondre aux besoins de plus en plus complexes des intervenants. Pour nous assurer de continuer dans cette veine, nous avons élaboré un nouveau plan de données ainsi qu'un plan analytique biennal qui ont tous deux reçu l'aval du Conseil d'administration.

Nous avons ajouté à nos banques de données les données du régime d'assurance-médicaments de l'Ontario ainsi que de nouvelles données sur les soins de santé primaires, les soins de longue durée, les soins ambulatoires, les services à domicile et les accidents et incidents médicamenteux. Nous avons élaboré de nouveaux indicateurs sur les soins cardiaques et les réadmissions et exploré de nouveaux domaines, comme la mortalité évitable et les événements indésirables. De plus, comme l'utilisation du dossier de santé électronique (DSE) augmente, nous avons mis au point, en collaboration avec les provinces, les territoires et Inforoute santé du Canada, un énoncé de vision sur l'utilisation des données du DSE afin d'éclairer la prise de décisions relatives au système de santé. La Conférence des sous-ministres a d'ailleurs entériné cet énoncé. Nous avons également commencé à mettre au point notre Système canadien de surveillance de la sclérose en plaques en vue de mesurer et de surveiller l'évolution et le traitement de cette maladie et d'en comprendre les caractéristiques, les variations dans le traitement et les résultats pour les patients.

Dans le contexte actuel, les investissements en santé sont de plus en plus limités. Étant donné les compressions budgétaires dans tous les domaines et le tarissement de certaines sources de financement, nous avons dû prendre des décisions difficiles afin de réduire nos dépenses, dont la suppression de plus de 50 postes à temps plein, un objectif que nous avons atteint presque entièrement grâce à l'attrition. Toutefois, malgré le climat d'incertitude et la situation financière difficile que vivent beaucoup de provinces et de territoires, ces derniers continuent de nous offrir leur soutien. La preuve : tous ont renouvelé leur entente bilatérale assortie d'un facteur de progression du financement de 2 %.

En plus de relever des défis immédiats, nous avons dû prendre le temps de regarder vers l'avenir. Comme le plan stratégique qui a guidé notre travail au cours des dernières années prenait fin en même temps que l'exercice financier, nous avons longuement discuté avec nos employés, nos clients et nos intervenants afin d'élaborer un nouveau plan quinquennal. Étant donné le climat actuel, nous avons opté pour une approche encore plus stratégique, mais il serait juste d'affirmer que l'ICIS a terminé sa phase de forte croissance pour devenir un organisme stable aux priorités clairement définies. Cette nouvelle voie s'accompagne d'un plan d'activité triennal et d'un nouveau cadre de performance. Dans l'ensemble, l'ICIS a évolué au cours de la dernière année, et nous envisageons l'avenir avec optimisme.



Brian Postl
Président du Conseil d'administration

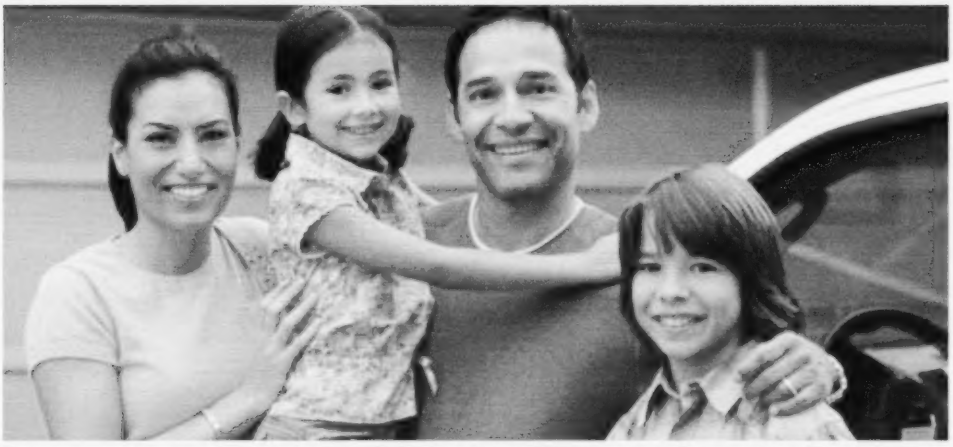
John Wright
Président-directeur général

Nos réalisations

Nos orientations stratégiques guident notre travail. Conçues en fonction des besoins en information de nos partenaires en soins de santé, elles tracent notre voie et orientent nos efforts. Nous savons que nos intervenants utilisent nos données pour mesurer la performance, planifier les services, effectuer des analyses de rentabilité, cerner les pratiques exemplaires et améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé. Depuis 2008-2009, les orientations stratégiques de l'ICIS sont les suivantes :

1. **Des données plus nombreuses et de meilleure qualité :** Nous nous efforcerons d'améliorer la portée, la qualité et l'actualité de nos banques de données.
2. **Analyses pertinentes et exploitables :** Nous continuerons de produire une information et des analyses de qualité qui soient pertinentes et puissent se traduire en actions concrètes.
3. **Compréhension et utilisation améliorées :** Nous collaborerons avec nos partenaires afin de les aider à mieux comprendre et utiliser nos données et analyses. Nous le ferons en temps opportun et dans le respect de la confidentialité.

Nous avons consacré beaucoup d'efforts à améliorer notre performance dans chacun de ces domaines au cours de la dernière année. Comme l'ICIS est un organisme axé sur les données, nous croyons qu'il est important de nous fixer des objectifs de performance qui s'inscrivent dans nos priorités. C'est pourquoi des mesures de l'atteinte de nos objectifs jalonnent le présent rapport.



Des données plus nombreuses et de meilleure qualité

Depuis 1994, l'ICIS collabore avec ses partenaires en vue d'élaborer et de gérer 27 bases de données pancanadiennes qui permettent d'effectuer des comparaisons entre les provinces et les territoires. Le système de santé est cependant tout sauf statique. En effet, les besoins de nos intervenants sont de plus en plus diversifiés et complexes, et de nouveaux défis et de nouvelles lacunes à combler en matière d'information font constamment surface. Qu'il s'agisse de déterminer les facteurs d'accroissement des dépenses en soins de santé au Canada, d'affecter les ressources, de restructurer les services, de composer avec des besoins de plus en plus complexes en matière de soins ou de nous préparer aux conséquences du vieillissement de la population, l'information que nous obtenons aide à la prise de décisions concernant le système de santé, et nous prenons cette responsabilité à cœur. Des données plus nombreuses et de meilleure qualité sont essentielles pour offrir des banques de données complètes et comparables de façon continue.

Des données pharmaceutiques plus nombreuses

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a choisi le Système national de déclaration des accidents et incidents pour la déclaration obligatoire des accidents et incidents graves liés aux médicaments et aux solutions intraveineuses. Ce système a été mis en œuvre dans plus de 150 hôpitaux de soins de courte durée. De plus, à la suite d'un projet pilote couronné de succès, le système a été implanté dans les établissements de soins de longue durée partout au Canada.

- Les données sur les demandes de remboursement de médicaments contenues dans la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) incluent désormais les données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada. Par ailleurs, en vertu d'une nouvelle entente conclue avec la Colombie-Britannique, les données sur les demandes de remboursement de médicaments de cette province seront soumises au SNIUMP.

Des données plus nombreuses sur les ressources humaines de la santé

- Nous avons élargi la portée de nos banques de données sur la rémunération totale des médecins au Canada grâce à des données plus détaillées sur les autres modes de paiement.
- Notre Base de données sur les ergothérapeutes assure une couverture pancanadienne complète grâce aux données au niveau de l'enregistrement maintenant soumises par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Des données plus nombreuses sur les remplacements articulaires

- La saisie de données dans le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) est désormais obligatoire en Ontario et en Colombie-Britannique. La couverture de toutes les interventions pratiquées au Canada devrait ainsi augmenter, passant de 43 à 83 %.
- Nous avons collaboré avec les chirurgiens orthopédistes pour réduire le nombre d'éléments de données du fichier minimal du RCRA afin qu'il soit conforme à celui proposé par l'International Society of Arthroplasty Registers.

Des données plus nombreuses sur les services à domicile et les soins de longue durée

- Nous avons entrepris une nouvelle étape du Système d'information sur les services à domicile (SISD) avec l'introduction de l'évaluation à l'accueil d'interRAI, qui permet de cerner les besoins des clients en matière de services à domicile et d'évaluer l'urgence de la situation.
- Cinq provinces participent maintenant au SISD, lequel contient 500 000 clients uniques et 7,8 millions d'enregistrements, dont 1,25 million d'évaluations.
- Le Système d'information sur les soins de longue durée contient des données soumises par plus de 1 100 établissements répartis dans sept provinces et territoires. Il compte 560 000 résidents uniques et 3,7 millions d'enregistrements (dont 2,1 millions d'évaluations).

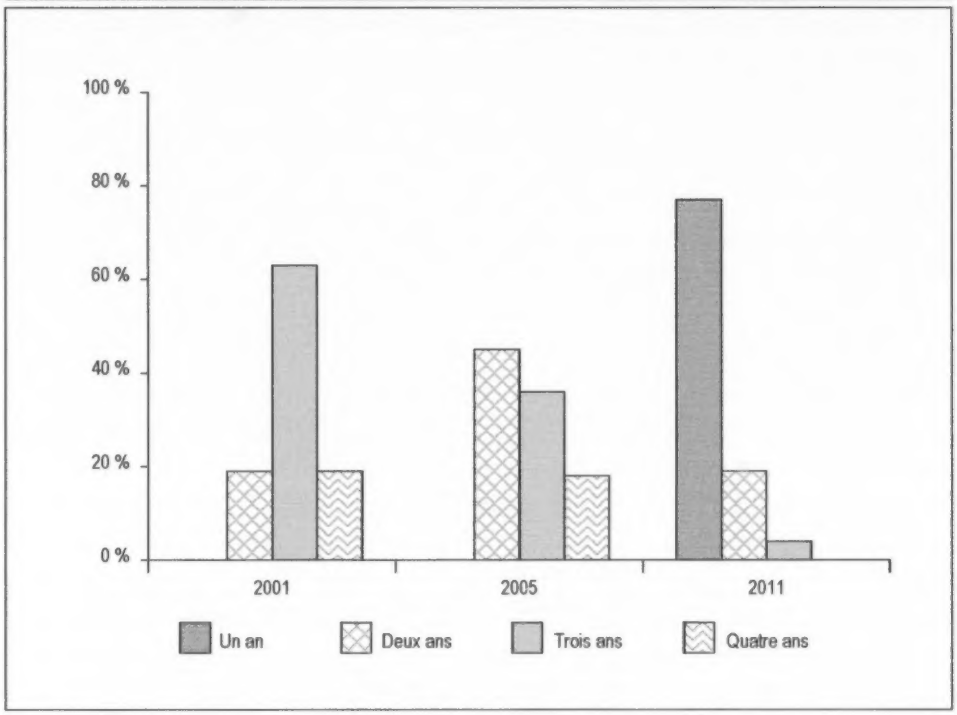
Des données de meilleure qualité

- Nous avons créé des rapports personnalisés sur la qualité des données pour les 85 hôpitaux qui ont pris part à l'étude sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients en 2009-2010. Les rapports ont également été remis aux 12 provinces et territoires comptant des hôpitaux participants.
- Nous avons produit une fois de plus des rapports sur la qualité des données à l'intention des sous-ministres; ces rapports couvrent désormais le Système national d'information sur les soins ambulatoires et le Registre canadien des remplacements articulaires.

Autres projets de développement de données

- Certaines régions de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et de la Nouvelle-Écosse soumettent désormais des données au Système national d'information sur les soins ambulatoires.
- En collaboration avec la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, nous avons poursuivi nos travaux d'élaboration d'initiatives de développement des données sur l'utilisation des médicaments et les services à domicile chez les membres des Premières Nations.
- Nous avons collaboré avec la Commission de la santé mentale du Canada à la planification d'un vaste ensemble d'indicateurs de santé mentale qui visent notamment la santé mentale et la toxicomanie dans les collectivités.

Actualité des données pour les produits analytiques



Au cours des 10 dernières années, l'actualité de nos données a connu des changements majeurs. En 2011, 77 % de nos données dataient de un an ou moins.

Exhaustivité des banques de données de l'ICIS au 31 mars 2012

Type de service	Banque de données	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Soins ambulatoires et de courte durée	Hospitalisations (BDCP et BDMH)						1							
	Chirurgies d'un jour (BDCP et SNISA)						2							
	Services d'urgence	✔												
	Cliniques ambulatoires (SNISA)													
Soins spécialisés et de longue durée	Santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH)													
	Réadaptation (SNIR)													
	Soins de longue durée (SISLD)	✔							✔					
	Services à domicile (SISD)	✔												
	Insuffisances et transplantations d'organes (RCITO)							3		3	3		3	
	Traumatismes (RNT — fichier minimal)													
	Traumatismes (RNT — fichier étendu)													
	Remplacements articulaires (RCRA)	4	4	4	4	4	4	4	4		4	4	4	
Produits pharmaceutiques	Utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)	5												
	Déclaration des accidents et incidents (SNDAI)	✔			✔	✔								
Ressources humaines de la santé	Médecins (BDNM)													✔
	Infirmières et infirmiers autorisés*													
	Infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés*													✔
	Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés*													
	Infirmières praticiennes*													
	Personnel de la santé (BDPS)													
	Ergothérapeutes (BDE)						✔							
	Pharmaciens et pharmaciennes (BDPP)													
	Physiothérapeutes (BDPT)													
	Technologues en radiation médicale (BDTRM)													
	Technologistes de laboratoire médical (BDTLM)													
Dépenses de santé	Dépenses nationales de santé (BDDNS)													✔
	Base de données canadienne SIG						✔							
	Base de données canadienne sur les coûts par patient	✔ 6	✔ 6			✔ 6			✔					

Légende

✔ Indique une progression des mesures de collecte de données comparativement à l'exercice précédent.

- Collecte de données complète
- Collecte de données partielle
- En cours de mise au point
- Discussions en cours
- Pas mise en œuvre
- Sans objet

Remarques

* Données tirées de la Base de données sur les infirmières et infirmiers (BDII).

1. Le Québec soumet annuellement des données à la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
2. Les données du Québec sur les chirurgies d'un jour ne sont pas incluses dans les populations de la BDCP et de la BDMH, mais elles le sont dans les ensembles de données de l'environnement de production de ces bases de données.
3. Dialyse rénale — pleinement mise en œuvre; transplantation d'organes — s.o.
4. La couverture est incomplète, car la participation est volontaire. À compter d'avril et de juillet 2012 respectivement, les établissements de l'Ontario et de la Colombie-Britannique seront tenus de soumettre des données.
5. Une entente de partage de données a été signée en mars 2012. Les données sur les demandes de remboursement de médicaments seront soumises à compter de 2012-2013.
6. La Base de données canadienne sur les coûts par patient (BDCCP) est mise en œuvre dans un sous-ensemble d'organismes de soins de santé. La collecte de données est complète dans ce sous-ensemble.

Cynthia Sinclair et Joe Puchniak

Les données de l'ICIS...

contribuent au changement des pratiques

Grâce à nos données, un établissement de soins de longue durée de Winnipeg n'utilise plus les antipsychotiques comme traitement de première ligne, mais s'en sert plutôt en dernier recours.

Le premier indice de la surutilisation de ces médicaments est apparu dans les données recueillies à l'aide d'indicateurs élaborés par interRAI, un réseau de recherche international, et dont l'utilisation au Canada est appuyée par l'ICIS. Même si l'utilisation d'antipsychotiques dans la région paraissait conforme, voire légèrement inférieure, à la moyenne nationale, lorsque le personnel de l'Office régional de la santé de Winnipeg a examiné les données de ses 38 établissements de soins de longue durée, il a constaté que certains d'entre eux dépassaient largement cette moyenne. Parmi ceux-ci, le Middlechurch Home de Winnipeg affichait un taux d'utilisation de 43 %, par rapport à 30 % pour la région.

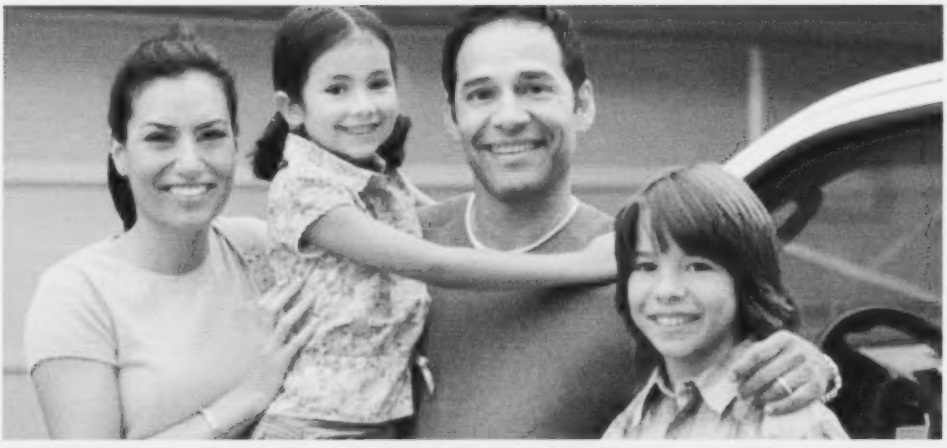
Au Programme de soins à domicile de la région, Joe Puchniak, directeur du système RAI-MDS et de l'aide à la prise de décisions, et Cynthia Sinclair, directrice des initiatives, ont entrepris d'aider le centre Middlechurch à réduire son taux d'utilisation d'antipsychotiques dans le cadre d'un projet mené en collaboration avec le programme Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES) de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Ils ont ainsi présenté à tout le personnel du centre un modèle de soins aux personnes atteintes de démence selon lequel les médicaments constituent un traitement de dernier recours pour les problèmes de comportement.

Grâce à un encadrement hebdomadaire, le personnel a pu élaborer des plans de soins qui offraient des solutions de rechange aux médicaments. La semaine suivante, tous se réunissaient pour rendre compte de l'efficacité des solutions trouvées. Pendant ce temps, les données du RAI étaient régulièrement affichées afin que chacun puisse constater les résultats de ses efforts.

En six mois, le taux d'utilisation d'antipsychotiques a diminué de plus de 25 % chez les résidents à qui on en administrait au moment du lancement du projet. Encouragé par les données, le personnel a de plus en plus manifesté la volonté de soigner les résidents différemment. Selon Laurie Kuivenhoven, directrice exécutive du centre Middlechurch, les familles sont ravies que leurs proches prennent moins de médicaments. Depuis le début du projet, elle n'a reçu aucune plainte au sujet de résidents qui auraient été surmédicamentés.

Puisque les outils permettent de surveiller de nombreuses facettes des soins, les données ont également démontré que les problèmes de comportement et l'utilisation de moyens de contention n'avaient pas augmenté au cours du projet. Les possibilités d'économies sont également considérables : « Si tous les établissements réduisaient leur taux d'utilisation [d'antipsychotiques] de 5 à 10 %, nous économiserions probablement un million de dollars par année », affirme Mme Sinclair.

M. Puchniak ajoute : « Ce projet nous permet d'économiser de l'argent et d'offrir de meilleurs soins, n'est-ce pas formidable? Les données sont réellement au cœur du changement! On n'insistera jamais assez là-dessus. Ceux qui n'utilisent pas les données pour changer les choses manquent une occasion incroyable. »



Analyses pertinentes et exploitables

La quantité et la qualité de l'information sur la santé continuent de croître au Canada, tout comme les attentes de nos intervenants. Ces derniers ne se contentent plus de chiffres; ils veulent s'attaquer à des questions complexes, telles que la pertinence des soins ainsi que la relation entre les services de santé et les résultats pour la santé. Cette année, nous avons publié 33 produits analytiques, en plus de mettre en œuvre un plan analytique biennal afin d'accroître davantage la portée et l'exhaustivité des analyses et des rapports rédigés à partir de nos banques de données. Ainsi, nous accordons une importance accrue à la satisfaction des besoins des responsables de l'élaboration des politiques et des gestionnaires du système de santé, car ce sont eux qui demandent le plus de données et d'analyses et qui exercent la plus grande influence sur le système de santé canadien.

Mesure de la performance

- Nous avons rédigé le tout premier rapport pancanadien sur la performance des hôpitaux en nous appuyant sur un ensemble de base composé de 30 indicateurs cliniques et financiers (couvrant les domaines de l'efficacité clinique, de la sécurité des patients et de la performance financière). Après plusieurs années de travail, nous avons publié le Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens au début d'avril 2012, permettant ainsi à 600 hôpitaux canadiens d'effectuer des comparaisons avec des hôpitaux semblables et d'apprendre de leur expérience.

Coûts des soins de santé

- Sachant que, selon les estimations, les dépenses de santé auraient atteint 200,5 milliards de dollars l'an passé, nous avons publié le rapport ***Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*** parallèlement à notre rapport annuel ***Tendances des dépenses nationales de santé*** afin de jeter la lumière sur les causes de l'augmentation des dépenses en santé.
- Notre unité de financement par activité a servi de centre d'expertise technique pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de modèles de financement des soins de santé, comme le modèle d'allocation fondée sur la santé de l'Ontario et le modèle de financement des services cardiovasculaires de la Colombie-Britannique.

Accès aux soins

- Nous avons continué d'élaborer des indicateurs de temps d'attente pour de nouveaux domaines d'intérêt, comme les soins de spécialistes et les chirurgies du cancer.
- Notre nouvel outil interactif en ligne sur les temps d'attente permet d'afficher quatre années de données provinciales comparables, d'établir les tendances au fil du temps et d'accéder aux renseignements sur la performance en un coup d'œil, pour tous les délais de référence associés aux domaines prioritaires.

Études percutantes publiées par l'ICIS en 2011-2012

- Le rapport ***Indicateurs de santé 2011*** porte sur les nouvelles mesures de la performance du système de santé dans le domaine des services de santé mentale. Il comprend des indicateurs de santé régionaux pour l'ensemble des provinces et des territoires, ce qui comprend les données les plus récentes du Québec.
- Le rapport ***Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*** examine les caractéristiques des personnes âgées d'aujourd'hui et l'incidence du vieillissement de la population sur les dépenses publiques en santé au cours des 10 dernières années. Il décrit également l'utilisation des soins de santé par les personnes âgées dans les différents milieux de soins ainsi que les stratégies d'adaptation du système à leurs besoins futurs.
- Nous avons publié le rapport ***Apprendre des meilleurs : analyse comparative du système de santé du Canada*** en même temps que le *Panorama de la santé 2011* de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Notre rapport examine la place du Canada parmi les pays de l'OCDE et permet de mieux comprendre comment les comparaisons avec d'autres pays peuvent éclairer les décisions sur les politiques.
- Le rapport ***Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant*** examine plus d'un million de naissances en milieu hospitalier sur trois ans afin de mesurer l'incidence de l'âge maternel avancé sur la santé des mères et de leurs nouveau-nés. Bien que de nombreuses femmes d'âge avancé accouchent sans problème, les risques associés à la grossesse et à l'accouchement augmentent à partir de 35 ans, et davantage à partir de 40 ans.
- Le rapport ***Profil des soins de courte durée aux patients hospitalisés des régions peu peuplées de l'Ouest canadien*** trace le portrait des soins de courte durée aux patients hospitalisés et des patients qui les reçoivent dans les régions peu peuplées de l'Ouest du Canada.

suite à la page suivante

Études percutantes publiées par l'ICIS en 2011-2012 (suite)

- Dans le cadre du Plan d'action de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), nous avons publié le rapport ***Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires***, qui examine l'accès aux soins de santé primaires et leur pertinence. Un autre rapport, intitulé ***Le rôle du soutien social dans l'atténuation de la détresse psychologique***, explore les structures et les fonctions du soutien social comme facteurs d'atténuation de la détresse psychologique.
- Nous avons publié plusieurs rapports sur les ressources humaines de la santé, notamment les médecins, le personnel infirmier, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les pharmaciens, les technologues en radiation médicale et les technologistes de laboratoire médical, de même qu'un rapport sommaire sur les dispensateurs de soins de santé au Canada. Par ailleurs, pour la première fois cette année, les diffusions de données de la **Base de données sur les ergothérapeutes** et de la **Base de données sur les pharmaciennes et les pharmaciens** comprennent des données sur les tendances quinquennales.
- ***Obésité au Canada***, un rapport conjoint de l'ICIS et de l'Agence de la santé publique du Canada, porte sur la variation des taux d'obésité au Canada, les populations les plus à risque et les solutions possibles.

10 principaux produits destinés aux médias

1	Publication de données : Plus de 5 600 Canadiens sont blessés gravement chaque année en pratiquant une activité hivernale
2	*Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits* et *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*
3	*Obésité au Canada*
4	*Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*
5	*Les temps d'attente au Canada — un résumé, 2012*
6	*Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2010* et *Base de données nationale sur les médecins 2009-2010 — publication des données*
7	Publication de données : La période estivale, haute saison des blessures liées aux sports sur roues et aux sports nautiques
8	*Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, de 2001 à 2010 — rapport annuel du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*
9	*Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant*
10	*Mesures de contention et autres interventions de contrôle pour les patients hospitalisés en santé mentale en Ontario*

Les données de l'ICIS...

à l'œuvre pour prévenir les accidents et incidents médicamenteux

Les accidents et incidents médicamenteux figurent parmi les événements indésirables les plus courants en soins de courte durée. Selon la gravité, ils vont d'un accident ou incident évité de justesse à ceux causant un préjudice (omission, erreur de dose ou de médicament, mauvaise heure ou voie d'administration ou encore erreur sur le patient). Le personnel infirmier de la **Région sanitaire de Saskatoon**, comme de nombreux pairs d'ailleurs, est résolu à les éviter le plus possible, mais il a de la difficulté à en trouver l'origine.

Voilà où le Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI) entre en jeu. Conçu par l'ICIS, ce système de déclaration volontaire facilite le signalement des accidents et incidents liés aux médicaments et aux solutions intraveineuses. Le personnel infirmier de Saskatoon l'a utilisé pour faire le suivi des accidents ou incidents survenus dans le cadre de soins de première ligne et signaler les circonstances de ces événements.

Depuis qu'elle a participé à l'essai du système en 2008, la région met l'accent sur les rapports produits à partir des données du SNDAI. Ces rapports présentent les principaux médicaments auxquels les erreurs sont liées dans une unité, de même que les facteurs contributifs les plus courants. Chaque trimestre, les rapports sont acheminés aux membres du personnel infirmier qui ont déclaré les accidents et incidents dans le système. Vu le caractère anonyme des données, il est impossible de savoir qui est concerné dans les accidents et incidents signalés dans le rapport.

« En bouclant la boucle, les données prennent tout leur sens pour le personnel », affirme Norma Noesgaard, coordonnatrice du programme Releasing Time to Care.

Il est bien documenté que les interruptions constituent une cause fréquente d'accidents et incidents médicamenteux. À Saskatoon, les données ont démontré que les interruptions se retrouvaient régulièrement dans les deux principaux facteurs contributifs, ce qui a poussé le personnel à prendre des mesures.

À Saskatoon, la plupart des interruptions survenaient au cours de la distribution des médicaments de 8 h. Pour aider le personnel infirmier à se concentrer sur cette tâche, une unité d'hôpital a transféré tous les appels à un commis pendant les heures de distribution. Une autre unité de la région forme maintenant des équipes de deux personnes pour les tournées. Une infirmière se concentre entièrement à la distribution des médicaments, alors qu'une autre s'occupe de répondre aux questions ou aux sonnettes d'appel.

Dans l'ensemble, les données montrent que le nombre d'interruptions a diminué et que les unités de soins infirmiers ont été en mesure de maintenir cette réduction au cours de la dernière année. L'étude trimestrielle des données du SNDAI est devenue une pratique régulière. Chaque fois que la région extrait de l'information du système, elle la fournit aux unités de soins infirmiers aux fins de suivi de leurs efforts d'amélioration. M^{me} Noesgaard ajoute que grâce à cette mine de renseignements, le système s'est avéré être un outil très utile.

« Les gens aiment connaître les répercussions positives de leurs actions. Ils veulent savoir ce qui marche et ce qui ne va pas. Le SNDAI nous offre la possibilité de fournir des données de façon anonyme, mais comme ces données sont affichées, elles sont vraiment pertinentes pour le personnel. »

Compréhension et utilisation améliorées

Nous recueillons des données. Et même beaucoup de données. Celles-ci ne seraient toutefois d'aucune utilité si nos partenaires ne pouvaient les transformer en mesures concrètes. Pour prendre des décisions éclairées, les gestionnaires de soins de santé doivent avoir accès à une information rigoureuse, actuelle et fiable ainsi qu'à des outils et à des ressources pour l'interpréter. C'est pourquoi nous accordons beaucoup d'importance à la communication, aux améliorations, à la formation et à la facilité d'utilisation pour tout ce qui touche à nos produits et services.

Actualité

- D'importantes améliorations ont été apportées à la Base de données sur les congés des patients (BDCP), comme de nouveaux rapports électroniques offrant des fonctions améliorées et une plus grande rapidité d'exécution. Les données des nouveaux rapports sont maintenant mises à jour trois semaines après la fin du mois, un progrès appréciable comparativement au précédent délai de trois mois.
- L'outil bilingue et interactif de production de rapports électroniques de la BDCP a été rendu accessible aux clients de la BDCP de l'ensemble du Canada. Cet outil améliore considérablement la qualité des rapports en offrant une meilleure fonctionnalité, des données plus actuelles mises à jour mensuellement (plutôt qu'à chaque trimestre) et des comparaisons pluriannuelles.

Production de rapports électroniques, Portail et site Web

- Nous avons amélioré notre production de rapports électroniques pour aider les utilisateurs à mettre au point des solutions sur mesure qui répondent à leurs besoins en matière d'information. Le Système d'information sur les soins de longue durée, le Système national d'information sur la réadaptation, le Système national de déclaration des accidents et incidents et le Portail offrent tous désormais des fonctions avancées de production de rapports.
- L'an passé, le site Web de l'ICIS a reçu près d'un million de visites. Pour nous assurer de répondre aux besoins de nos clients, nous avons recours à des groupes de discussions externes et à des statistiques sur l'utilisation afin de déterminer les améliorations à apporter.
- Le Portail compte maintenant 358 utilisateurs provenant de 124 sites répartis dans 12 des 13 provinces et territoires du Canada. L'an dernier, les utilisateurs du Portail ont généré plus de 100 000 rapports normalisés et spéciaux. La base de données la plus couramment utilisée est la Base de données sur les congés des patients (69 %).

Accent sur les clients

- En plus d'élaborer des normes de service à l'échelle de l'organisme, nous avons poursuivi la mise en œuvre de notre stratégie axée sur la clientèle en déterminant quels sont nos clients prioritaires, en nous efforçant d'offrir des produits et des services qui répondent aux besoins de nos clients et en établissant un processus d'amélioration continue des services en fonction de ces besoins.
- Nous avons entrepris de centraliser nos services à la clientèle en vue de créer un ensemble de processus cohérents et simplifiés et de fournir un point d'accès clair à l'ICIS et à l'ensemble de ses services.

Communication

- Nous avons créé un bulletin électronique bilingue visant à mieux faire connaître le travail de l'ICIS. Lancés en mai dernier, Oasis (en français) et Land (en anglais) comptent à eux deux plus de 3 000 abonnés.
- Nous avons également commencé à utiliser des codes bidimensionnels dans nos documents promotionnels afin d'offrir un point d'accès rapide et ciblé aux produits et à l'information en ligne de l'ICIS.

Couverture médiatique

Exercice	Mentions dans la presse écrite	Mentions à la radio ou à la télévision	Mentions sur le Web	Nombre total de mentions	Circulation totale (en millions)	Nombre total de mentions sollicitées seulement
2009-2010	941	520	1 493	2 954	502,1	2 052
2010-2011	506	776	1 230	2 512	228,0	2 057
2011-2012	596	1 185	1 328	3 109	341,6	2 457

Travaux collaboratifs

Nos bureaux régionaux réussissent très bien à déceler des occasions d'adapter nos données et produits dans le but de répondre aux besoins de leur région. Nous avons poursuivi notre collaboration avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec d'autres organismes en vue d'améliorer la performance du système, le cheminement des données et l'adoption de nos bases de données, tout en limitant le chevauchement des tâches. Voici certaines des réalisations de la dernière année :

- Signature d'un protocole d'entente avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients et Agrément Canada dans le domaine de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
- Commandite, en conjonction avec l'Institute for Health Economics, d'une réunion sur invitation de deux jours à laquelle ont participé 20 experts en matière d'analyse et de données sur l'imagerie diagnostique. Les participants ont examiné les données actuelles de l'ICIS et ont fourni des conseils sur la façon dont de nouvelles sources de données pourraient être utilisées pour éclairer la prise de décisions.
- Organisation d'une séance d'une journée à Winnipeg consacrée aux méthodes de financement des soins de santé. Environ 90 cadres supérieurs du ministère de la Santé et des régies régionales de la santé du Manitoba ont participé à l'événement.
- Organisation d'une série de webinaires sur les indicateurs de la qualité et de la sécurité des patients en collaboration avec le ministère de la Santé de la Saskatchewan et le Health Quality Council.
- En collaboration avec Statistique Canada, consultations auprès des régies régionales de la santé afin d'évaluer leurs besoins en matière d'information sur la performance du système de santé.
- Organisation de la quatrième rencontre des représentants des ministères provinciaux de la Santé sur les questions relatives aux temps d'attente. Cette année, les points à l'ordre du jour se rapportaient aux possibilités d'accroître la régularité et la comparabilité de la déclaration des pontages aortocoronariens et des interventions chirurgicales liées au cancer. La réunion nous a aidés à mieux comprendre les questions d'intérêt provincial et les priorités émergentes relatives aux temps d'attente.
- Rencontre avec le groupe Rural Health Exchange et la Collaboration des provinces de l'Atlantique pour l'utilisation de l'information sur la santé. L'objectif était de nous maintenir à l'avant-garde des questions locales, de souligner toute modification au système de santé et de communiquer les mises à jour.

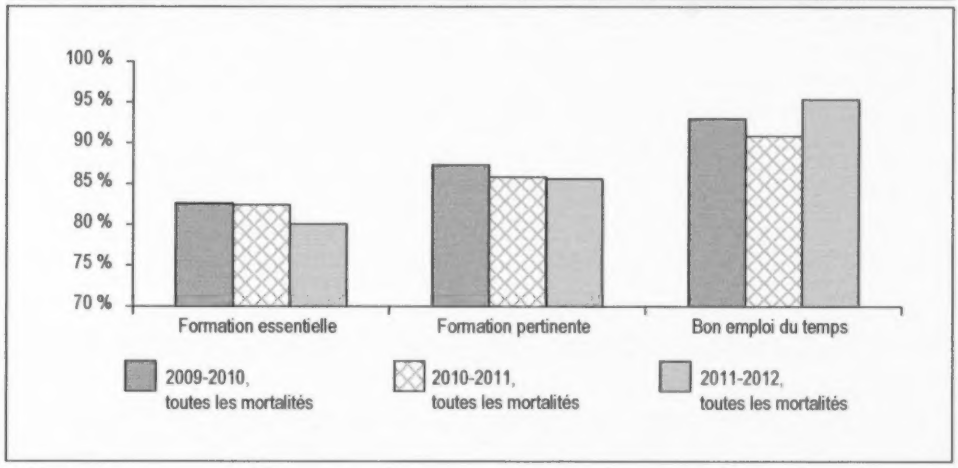
Événements parrainés ou organisés par l'ICIS et relations externes

Au cours de la dernière année, nous avons organisé plusieurs conférences nationales et internationales sur la compréhension et l'utilisation de nos données et produits d'information. En plus de la conférence e-Health (organisée en collaboration avec COACH) et de la Conférence des utilisateurs de données (organisée en collaboration avec Statistique Canada), nous avons tenu un événement d'envergure internationale sur le profil des groupes clients. Pour sa 27e édition, la conférence du Patient Classification Systems International (PCSI) a eu lieu pour la première fois au Canada, et plus précisément à Montréal. Avec plus de 240 participants originaires de 30 pays, la conférence a battu des records de participation pour une conférence du PCSI à l'extérieur de l'Europe.

Toujours ravis de collaborer avec des intervenants et organismes de santé à l'échelle nationale, nous avons fait des présentations lors de divers événements, dont les suivants :

- le Forum de l'Académie canadienne des sciences de la santé de 2011
- le congrès annuel de la Saskatchewan Health Information Management Association
- la conférence annuelle de l'Association d'orthopédie du Québec
- la Conférence socioéconomique 2011 de Statistique Canada
- le sommet Healthcare Interoperability
- la conférence Accelerating Primary Care
- la conférence de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- la 10e Conférence de la Société canadienne de recherche en santé rurale
- le Manitoba Provincial Leadership Forum
- le Atlantic Deputies' Summit
- le Health Insurance Strategic Forum
- la Conférence du Partenariat d'Inforoute de l'automne 2011
- la 27e conférence annuelle du Patient Classification Systems International
- la réunion sur le cadre national de déclaration des données sur la santé
- la conférence de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé

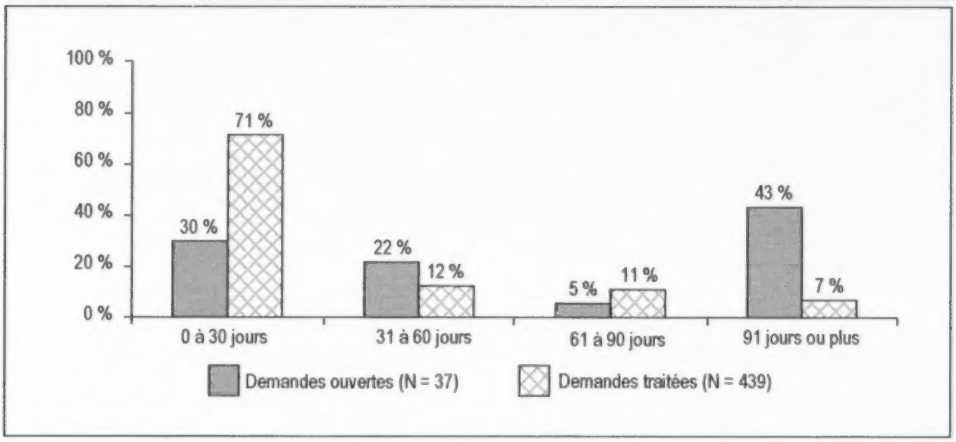
Évaluation de la formation



Remarque
Les cotes sont de 4 ou 5 sur une échelle de 5 points (où 1 est faible et 5 est élevé).

En 2011-2012, notre délai de traitement standard était de 90 jours. Parmi les 439 demandes reçues l'an dernier, 93 % ont été traitées dans un délai de 90 jours et 69 %, dans un délai de 30 jours.

Statut des demandes de données selon le délai de traitement ou temps d'ouverture*



Remarque
* Le délai de traitement des demandes de données correspond à la période écoulée entre la date de la demande et la date de réponse.

Confidentialité et sécurité des données

Les intervenants doivent avoir la certitude que les données qu'ils nous confient sont protégées. Autrement, nous ne pourrions effectuer notre travail. Nous avons donc été ravis d'apprendre que la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario a renouvelé le statut d'entité prescrite de l'ICIS pour une période de trois ans. Ce statut confère aux dépositaires de l'information sur la santé de la province, notamment le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, les médecins et les hôpitaux, le droit de divulguer des renseignements personnels sur la santé à l'ICIS sans l'autorisation des patients concernés. En tant qu'entité prescrite, l'ICIS doit mettre en place de nombreuses mesures visant à protéger l'information sur la santé des Ontariens. Cette désignation ainsi que les obligations strictes qui en découlent garantissent à nos partenaires que nos politiques en matière de respect de la vie privée et de sécurité respectent les normes les plus rigoureuses qui soient en matière de protection des renseignements de nature délicate. Les autres intervenants au pays peuvent se réjouir du fait que le renouvellement de notre statut d'entité prescrite repose sur la solidité de nos politiques et procédures en matière de respect de la vie privée et de sécurité. Les renseignements personnels sur la santé que nous fournissent les intervenants de partout au pays sont protégés par les mêmes mesures de contrôle strictes de la vie privée et de la sécurité.

Notre organisme

La principale force de notre organisme est notre personnel, et les réalisations présentées dans ce rapport sont le résultat de ses efforts. Nous disposons d'une main-d'œuvre très scolarisée. Une proportion élevée de notre personnel est titulaire d'un diplôme universitaire supérieur. Nous devons non seulement être en mesure de recruter du personnel possédant des compétences spécialisées dans le secteur concurrentiel de l'information sur la santé, mais aussi être en mesure de le maintenir en poste. Or, bon nombre de nos employés tombent dans la catégorie des cinq années de service ou moins. Au cours de la dernière année, nous avons mis en œuvre des stratégies supplémentaires de recrutement, de formation et de maintien en poste du personnel, et avons constaté un recul de la catégorie des cinq années de service ou moins, tandis que les catégories supérieures ont connu une croissance. Nous croyons que ce changement découle de nos efforts visant à instaurer un programme vigoureux de maintien des effectifs.

Au fil des ans, la répartition selon le sexe est demeurée stable, soit une proportion moyenne globale de 69 % de femmes et de 31 % d'hommes. Les femmes occupent également 62 % des postes de direction.

Répartition du personnel de l'ICIS selon le nombre d'années de service, l'âge et le sexe

Effectifs totaux	797*
Années de service	
Moins de 5 ans	492 (62 %)
6 à 10 ans	208 (26 %)
11 à 15 ans	63 (8 %)
16 ans ou plus	34 (4 %)
Âge	
Moins de 29 ans	94 (12 %)
30 à 39 ans	310 (39 %)
40 à 49 ans	233 (29 %)
50 ans ou plus	160 (20 %)
Pourcentage de femmes membres du personnel	**69 %**
Pourcentage de femmes membres du personnel de direction	**62 %**

Remarque

* Ce nombre représente les employés permanents et exclut le personnel contractuel en date du 1er avril 2011. Il ne reflète pas la diminution des niveaux de dotation qui découle du programme de réaménagement des effectifs mis en œuvre en 2011-2012.

Répartition du personnel de l'ICIS selon le niveau de scolarité

Niveau de scolarité	Nombre et pourcentage de membres du personnel de l'ICIS
Maîtrise et études de troisième cycle	296 (37 %)
Baccalauréat	291 (37 %)
Diplôme	192 (24 %)
Études secondaires	18 (2 %)

Les données de l'ICIS...

jettent la lumière sur les plus petits patients du système

Tout a commencé par des histoires. Lorsque le **conseil de la santé de la mère et de l'enfant** de l'Ontario (Provincial Council for Maternal and Child Health) a cherché à modifier les pratiques et l'accès aux soins afin de simplifier le cheminement des plus petits patients de l'Ontario, plusieurs médecins ont évoqué l'incidence des bébés nés de mères qui font usage de stupéfiants et de méthadone sur les lits en milieu hospitalier.

Ces nouveau-nés sont atteints du syndrome de sevrage néonatal (SSN), c'est-à-dire qu'ils présentent des symptômes de sevrage aux drogues que leur mère consommait durant la grossesse. L'Ontario affichant le taux le plus élevé de toxicomanie au Canada, les médecins constataient une augmentation des cas de SSN et de la durée des hospitalisations. Dans les services de néonatalité, il devenait de plus en plus difficile de déplacer les patients des lits de soins intensifs de niveau 3 (pour les bébés gravement malades et nécessitant une ventilation artificielle) vers des lits de soins spécialisés de niveau 2 une fois que leur état s'était amélioré. On soupçonnait que les lits de niveau 2 étaient bloqués par le nombre accru de cas de SSN.

Le conseil s'est tourné vers les données de l'ICIS. Ils ont alors appris qu'en 2003-2004, 171 nourrissons avaient reçu un diagnostic de SSN. En 2010-2011, 654 cas ont été enregistrés. La même année, les bébés atteints du SSN ont occupé en moyenne 23,4 lits d'hôpital par jour à l'échelle de la province, contre 5,6 par jour en 2003-3004. De plus, en 2004, la durée moyenne du séjour d'un nouveau-né en bonne santé était d'un jour et demi, par rapport à près de 14 jours pour un bébé atteint du SSN. En 2010-2011, ce nombre avait légèrement diminué pour atteindre 13,1 jours.

« Les soupçons étaient confirmés, mais le problème était beaucoup plus important que prévu », affirme la D^re^ Kimberly Dow, néonatologiste à l'Hôpital général de Kingston. « Je crois que nous avons tous été surpris d'apprendre que 23 lits en néonatalogie étaient occupés quotidiennement par ces patients. »

Le conseil a créé un groupe de travail sur le SSN, coprésidé par la D^re^ Dow, dont l'objectif était d'encourager le dépistage précoce et d'aider les cliniciens à déterminer la meilleure façon de prendre en charge les femmes enceintes et leurs bébés. Le groupe d'experts souhaitait aussi trouver une façon de prévenir le problème. Même s'il n'existe aucune solution miracle, le groupe a inclus dans son rapport de juin 2011 des lignes directrices pour le dépistage et le traitement chez les nouveau-nés. Ces lignes directrices ont été distribuées à tous les services de néonatalité qui dispensent des soins à des bébés de niveau 2 et 3, et tous les pédiatres en exercice en ont été informés. Le conseil a également publié de nouvelles directives cliniques sur son site Web.

« Cette population et sa prise en charge posaient problème », raconte Marilyn Booth, directrice générale du conseil. « Nous voulions adopter une approche uniforme afin d'éviter à chaque hôpital la tâche de trouver une solution par lui-même. »

La D^re^ Dow précise que les données ont joué un rôle déterminant, car elles ont attiré l'attention sur le SSN et sur l'amélioration de la sécurité des bébés et de leurs mères.

« Sans elles, nous n'aurions pas pu déterminer l'ampleur du problème dans la province. Il est impossible de résoudre un problème lorsqu'on en ignore la nature. Les données ont confirmé nos inquiétudes, mais surtout, elles nous ont surpris. L'ampleur du problème était bouleversante. »

Perspectives

L'exercice 2011-2012 représente un tournant décisif, car il marque non seulement la fin des orientations stratégiques que nous avions définies il y a quatre ans, mais aussi la fin de notre entente de financement quinquennale conclue avec Santé Canada. Inutile de préciser que nous avons pris le temps d'évaluer nos réalisations des dernières années et, plus important encore, de nous doter d'une direction et d'objectifs pour les prochaines années.

L'élaboration de notre plan stratégique nous a amenés à consulter nos clients et les intervenants du système de santé afin d'établir les priorités. Nous nous sommes fixé des priorités et des objectifs précis sur lesquels nous mettrons l'accent jusqu'en 2017, tout en demeurant un organisme avant-gardiste à l'écoute des nouveaux besoins. Ce plan aidera l'ICIS à répondre aux besoins de ses clients et de ses intervenants en temps opportun et dans le respect de la vie privée tout en favorisant l'atteinte d'un objectif commun : améliorer la santé des Canadiens.

Alors que se profile à l'horizon notre 20e année d'opérations, nous nous sommes penchés sur ce qui guide nos travaux et notre interaction avec les autres. En plus de présenter nos nouvelles valeurs et notre nouveau mandat, notre nouveau plan stratégique s'appuie sur une vision consistant à mettre en lien les données avec les décisions et les résultats pour la santé : *De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé.*

Pour concrétiser cette vision, nous avons élaboré un plan d'activité triennal qui expose la façon dont nous atteindrons nos objectifs et un cadre de performance qui indique les résultats qui, selon nous, découleront de nos travaux. Nous

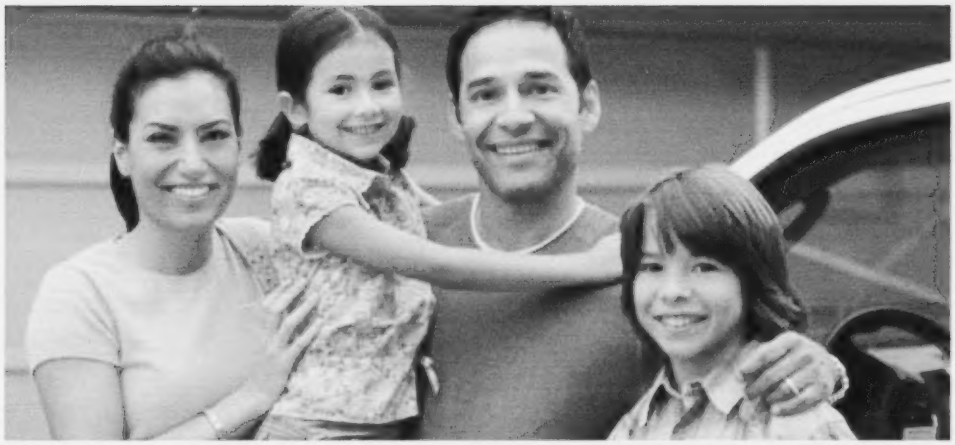
mettrons à jour ces deux documents sur une base annuelle afin de détailler les progrès réalisés. À nos yeux, ils constituent des outils essentiels à la transparence et à la responsabilisation organisationnelles.

Nous collaborerons avec nos bailleurs de fonds — Santé Canada et les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé — pour atteindre les objectifs définis dans notre nouveau plan stratégique.

Notre plan stratégique

Notre vision	De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé
Notre mandat	Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé.
Nos valeurs	Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Buts stratégiques	Priorités
Accroître l'exhaustivité, la qualité et la disponibilité des données	▸ Fournir en temps opportun des données intégrées liées à divers domaines de la santé ▸ Soutenir l'émergence de nouvelles sources de données, notamment les dossiers électroniques ▸ Fournir des données plus exhaustives dans les domaines prioritaires
Éclairer la prise de décisions relatives à la santé de la population et au système de santé	▸ Produire des analyses pertinentes, appropriées et exploitables ▸ Offrir des produits, des services et des outils de pointe pour appuyer la gestion de la performance ▸ Répondre aux besoins émergents tout en prenant en considération le contexte local
Atteindre l'excellence organisationnelle	▸ Promouvoir l'apprentissage continu et le développement professionnel ▸ Adopter une culture de l'innovation ▸ Accroître la transparence et la responsabilisation
Fondations	**Respect de la vie privée et sécurité, normes de données et qualité, technologies de l'information, partenariats**



Analyse de la direction

La section qui suit donne un aperçu de nos activités et une explication de nos états financiers; elle devrait être lue conjointement avec les états financiers figurant dans le présent rapport annuel. Conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la préparation des états financiers de même que l'intégrité et l'objectivité des données qu'ils contiennent relèvent de la direction. À cette fin, nous concevons et maintenons des systèmes de contrôles internes pour avoir l'assurance raisonnable que l'information financière est fiable et accessible en temps opportun, que les actifs sont protégés et que les activités sont exécutées efficacement.

Le Conseil d'administration doit s'assurer que la direction s'acquitte de ses obligations en matière de communication de l'information financière et de contrôles internes; il assume cette fonction par l'entremise du Comité des finances et de la vérification (CFV), formé de directeurs qui ne sont pas employés par l'organisme. Les vérificateurs externes, Ernst & Young, s.r.l. / S.E.N.C.R.L., effectuent une vérification indépendante conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada et expriment une opinion sur les états financiers. Les vérificateurs externes rencontrent régulièrement la direction et le CFV et jouissent d'un accès complet et libre au CFV, en présence de la direction ou non. Le CFV examine les états financiers et les recommande aux fins d'approbation par le Conseil d'administration. Pour 2011-2012 et les années antérieures, les vérificateurs externes ont émis des opinions sans réserve.

Au cours des dernières années, notre organisme a terminé sa phase de forte croissance pour devenir un organisme stable aux priorités bien établies. Notre budget annuel total, qui couvre les besoins en ressources de fonctionnement

et en biens d'infrastructure, ainsi que le financement de nos régimes de retraite, dépasse légèrement les 115 millions de dollars. Nous comptons maintenant 749 employés et 27 banques de données.

Budget annuel total, nombre total d'employés et nombre total de banques de données

Catégorie	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Budget annuel total (en millions de dollars)	88,7 $	119,0 $	115,7 $	117,5 $	118,6 $
Nombre total de banques de données	23	24	24	27	27
Nombre total d'employés	608	604	765	797	749

Nous gérons les programmes en cours et les nouveaux projets en vertu des modalités de nos ententes avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, qui génèrent la majorité de notre revenu annuel total.

Profil du revenu annuel

Revenu annuel (en millions de dollars)	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012		2012-2013
	Réel	Réel	Réel	Prévu	Réel	Prévu
Gouvernement fédéral	104,5 $	92,3 $	98,5 $	97,0 $	94,7 $	89,6 $
Gouvernements provinciaux et territoriaux	16,8 $	17,3 $	18,4 $	18,9 $	20,0 $	20,9 $
Autres	2,9 $	1,8 $	2,1 $	2,2 $	3,9 $	3,1 $
Revenu annuel total	124,2 $	111,4 $	119,0 $	118,1 $	118,6 $	113,6 $

Les contributions relatives aux revenus du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des autres sources sont restées stables au cours des dernières années (en 2011-2012, les proportions se chiffraient à 81 %, à 17 % et à 2 %, respectivement). Depuis 1999, dans le cadre des accords de contribution et de subvention de l'Initiative du Carnet de route et de l'Initiative d'information sur la santé, Santé Canada a grandement contribué au financement de l'élaboration d'un système national exhaustif d'information sur la santé. De plus, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ont financé notre Plan de base en vertu d'ententes bilatérales.

L'exercice qui prend fin a été marqué par une transition vers la réduction globale de notre revenu annuel total à compter de 2012-2013. Cette baisse anticipée est attribuable à un financement de 47,9 millions de dollars destiné à l'Initiative du Carnet de route reporté aux termes d'ententes de financement précédentes avec Santé Canada qui ont été épuisées au cours des dernières années. Par ailleurs, comme 2011-2012 était la dernière année de nos ententes de financement avec Santé Canada ainsi que les provinces et les territoires, nous avons travaillé au renouvellement de ces ententes pour une période de trois ans. Les ententes

bilatérales avec les provinces et les territoires sont assorties d'une augmentation annuelle de 2 %, tandis que l'entente de financement avec Santé Canada s'accompagne d'une réduction de 5 % échelonnée sur trois ans.

Résultats expliqués par la direction

Dépenses d'exploitation

Dépenses d'exploitation (en millions de dollars)	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012		2012-2013
	Réel	Réel	Réel	Prévu	Réel	Prévu
Salaires et avantages sociaux	61,2 $	64,4 $	71,9 $	73,9 $	71,3 $	72,4 $
Services professionnels, frais de déplacement et comités consultatifs	30,4 $	20,3 $	17,4 $	15,0 $	14,9 $	13,7 $
Occupation, technologies de l'information et autres	17,5 $	17,6 $	17,8 $	18,4 $	17,6 $	20,8 $
Dépenses d'exploitation totales	109,1 $	102,3 $	107,1 $	107,3 $	103,8 $	106,9 $

L'an dernier, nos dépenses d'exploitation totales ont atteint 103,8 millions de dollars, soit une diminution de 3,3 millions de dollars par rapport à 2010-2011. Cette diminution est largement attribuable aux économies réalisées relativement aux services professionnels, aux frais de déplacement et aux dépenses des comités consultatifs. Grâce à un effort collectif pour améliorer la gestion de nos ressources, nous avons réussi à rediriger ces ressources en 2011-2012 et à réduire le déficit actuariel de notre régime de retraite agréé.

La rémunération totale, y compris les honoraires ou autres avantages octroyés aux membres de la haute direction ayant pris part à la réalisation de nos trois orientations stratégiques, s'est chiffrée à 4,6 millions de dollars en 2011-2012.

L'écart de 3,5 millions de dollars dans les dépenses totales par rapport aux activités prévues en 2011-2012 s'explique surtout par notre programme de réaménagement des effectifs amorcé au début de l'exercice en prévision de la réduction budgétaire globale mentionnée plus haut. La direction a mis en place un gel du recrutement au cours des six premiers mois de l'exercice et a réalisé, plus tôt que prévu, l'objectif de retrancher par attrition plus de 50 postes à nos effectifs. De plus, une provision de 1,5 million de dollars a été incluse dans le plan de 2011-2012 pour parer aux nouveaux enjeux et effectuer les rajustements en fin d'exercice. Cette provision figure au tableau Profil du revenu annuel sous Occupation, technologies de l'information et autres. Ces ressources ont été réaffectées, de même que les économies réalisées en salaires et en avantages sociaux, en vue de compenser le déficit actuariel de notre régime de retraite agréé.

Les résultats des années précédentes rendent compte de la croissance de notre organisme. Les dépenses pour les services professionnels, les frais de déplacement et les comités consultatifs visaient plusieurs activités ponctuelles liées au recours à une expertise externe pendant la période de croissance, des contributions précises à des études de recherche sur la santé de la population et à des projets spéciaux, ainsi que l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé réalisée par Statistique Canada.

Nos investissements dans les trois orientations stratégiques sont demeurés relativement stables en proportion des dépenses d'exploitation totales réelles et planifiées de 2010-2011 et 2009-2010.

Dépenses d'exploitation réelles selon l'orientation stratégique, 2011-2012

Dépenses d'exploitation (en millions de dollars)	Dollars	Pourcentage
Des données plus nombreuses et de meilleure qualité	43,9	42 %
Des données pertinentes et exploitables	27,0	26 %
Compréhension et utilisation améliorées	32,9	32 %
Total	103,8 millions	

Dépenses en immobilisations

Dépenses en immobilisations (en millions de dollars)	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012		2012-2013
	Réel	Réel	Réel	Prévu	Réel	Prévu
Mobilier et matériel	2,1 $	0,1 $	0,2 $	0,1 $	0,1 $	0,1 $
Ordinateurs et équipement de télécommunication	6,2 $	3,0 $	1,5 $	2,3 $	2,4 $	1,7 $
Améliorations locatives	7,3 $	0,2 $	0,3 $	—	—	—
Dépenses en immobilisations totales	15,6 $	3,3 $	2,0 $	2,4 $	2,5 $	1,8 $

Les acquisitions d'immobilisations se sont élevées à 2,5 millions de dollars en 2011-2012, ce qui représente une hausse de 500 000 $ par rapport à 2010-2011. Cette différence s'explique surtout par une augmentation des achats de matériel informatique, de logiciels et d'équipements de télécommunications. L'un des investissements les plus importants réalisés en 2011-2012 concernait le remplacement du serveur de notre base de données principale en vue de mieux répondre aux besoins associés à la croissance et à l'utilisation et de mettre en œuvre une solution pour notre plan de reprise après sinistre.

Les résultats des années précédentes, en particulier ceux de 2008-2009 et de 2009-2010, comprenaient le renouvellement de notre infrastructure technologique, de notre système téléphonique ainsi que de nos logiciels de gestion financière et de gestion du site Web. Nous avons également réalisé des investissements ponctuels liés au déménagement de notre bureau de Toronto et à certaines améliorations locatives apportées à nos bureaux d'Ottawa et de Montréal.

Régimes de retraite

Notre régime contributif à prestations déterminées prévoit pour nos employés un revenu de retraite annuel établi selon la durée du service et le salaire moyen en fin de carrière. Les cotisations, qui sont déterminées par des calculs actuariels, dépendent des caractéristiques démographiques des employés, du roulement, de la mortalité, des rendements du capital investi et d'autres hypothèses actuarielles. Les cotisations de l'ICIS et des employés sont mises en commun, investies et gérées de façon professionnelle conformément à l'énoncé des politiques et procédures de placement du régime de retraite de l'ICIS. Ce régime compte 900 participants, dont 80 % sont actifs.

Le régime fait l'objet de deux évaluations : l'une à des fins comptables (voir la note 8 des états financiers), l'autre à des fins de capitalisation, qui est utilisée aux fins de réglementation et de gestion du régime. Ces évaluations à des fins comptables et de capitalisation sont effectuées à différents moments à l'aide d'hypothèses distinctes. Selon les principes comptables prescrits par l'Institut canadien des comptables agréés, le régime affichait un surplus de 18,5 millions de dollars au 31 mars 2012, contre 9,9 millions en 2010-2011. Selon l'évaluation actuarielle à des fins de capitalisation, le régime accusait un déficit de 5,2 millions de dollars le 1er janvier 2011, alors que le déficit était de 4,7 millions le 1er janvier 2010.

La direction et le CFV ont continué de surveiller le contexte économique et ont pris les mesures nécessaires pour remédier à l'obligation non capitalisée. En 2011-2012, nous avons passé en revue les options relatives à la structure du régime de retraite, préparé et déposé une évaluation actuarielle au 1er janvier 2011 et augmenté le taux de cotisation des employés afin d'atteindre le coefficient de capitalisation visé, soit 60 % employeur et 40 % employés. De plus, nous avons apporté d'autres changements à notre équipe de gestionnaires de placements et cotisé 4,8 millions de dollars de plus que le minimum prescrit par les exigences réglementaires afin de réduire le déficit actuariel. Grâce à ces cotisations additionnelles, l'obligation non capitalisée déclarée dans l'évaluation actuarielle du 1er janvier 2011 était entièrement capitalisée au 31 mars 2012. La prochaine évaluation actuarielle doit être réalisée pour le 1er janvier 2014.

Outre le régime contributif à prestations déterminées, nous complétons les prestations des employés qui participent au régime et qui sont assujettis à la pension maximale, comme elle est définie dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Le régime complémentaire n'est pas capitalisé au préalable et nous effectuons les paiements de prestations à mesure qu'ils deviennent exigibles. Ces prestations sont constituées et incluses dans nos états financiers conformément aux règles comptables applicables.

Programme de vérification interne

Notre programme de vérification interne assure une évaluation interne indépendante et objective destinée à ajouter de la valeur à nos activités et à les améliorer. Il nous aide à atteindre nos objectifs en appliquant une approche systématique et disciplinée qui évalue et améliore l'efficacité des processus de gestion des risques, de contrôle et de gouvernance. Notre programme de vérification interne comprend l'évaluation de la conformité aux politiques administratives, aux procédures et aux règlements gouvernementaux, l'évaluation de l'efficacité générale des contrôles et des processus actuellement en place, ainsi que l'examen des possibilités d'amélioration, de gains en efficacité et d'examen des programmes.

Les activités de vérification interne, dont la portée varie, évoluent au fil du temps afin de cibler les secteurs le plus à risque pour l'organisme. En 2011-2012, les activités ont compris un test d'intrusion et une évaluation de la vulnérabilité du matériel et des systèmes de technologie de l'information, en plus de la vérification du programme de gestion des risques de l'organisme. Nous avons dressé des plans d'action ciblés afin d'aborder les aspects qui, selon les conseillers dont nous avons retenu les services précisément à cette fin, doivent être améliorés. Les projets de vérification interne à venir toucheront la gouvernance de l'organisme, l'établissement des coûts et la gestion de projets, la sécurité de l'information ainsi que le respect de la vie privée et la confidentialité.

Gestion des risques

À l'ICIS, nous ne craignons pas de prendre des risques. Nous voulons toutefois nous assurer que les risques sont raisonnables, que nous sommes en mesure de les assumer et qu'ils correspondent à notre degré de tolérance. Nous demeurons proactifs et atténuons les risques dans la mesure du possible. Notre programme de gestion des risques garantit l'excellence en matière de gestion, le renforcement de notre responsabilité et un rendement futur accru. Il contribue aux activités de planification et d'établissement des priorités, à l'affectation des ressources et à la prise de décisions. Nous axons nos efforts sur des risques touchant l'ensemble de notre organisme, liés à nos orientations stratégiques, susceptibles de subsister au cours des trois à cinq prochaines années et que nos gestionnaires peuvent gérer.

Notre Cadre de gestion des risques consiste en un cycle de quatre étapes visant la réalisation des orientations stratégiques de l'ICIS :

Activités de gestion des risques pour 2011-2012

Cette année, notre haute direction a évalué plusieurs des principaux risques pouvant faire obstacle à l'atteinte de nos objectifs stratégiques en se fondant sur la probabilité qu'ils surviennent et leurs répercussions possibles. Quatre d'entre eux ont été décrits comme des risques organisationnels, étant donné la probabilité élevée de risques résiduels, une fois les stratégies d'atténuation existantes envisagées.

Risque 1 : Niveaux de financement stables

Nous recevons des fonds de plusieurs sources, la plus grande partie provenant de Santé Canada. L'Initiative d'information sur la santé de l'ICIS a pris fin en mars 2012, tout comme les ententes de financement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Or, le climat économique actuel et les priorités fiscales conflictuelles auxquelles font face les gouvernements (fédéral, provinciaux et territoriaux) compromettent la stabilité de notre financement. Au cours de la dernière année, nous avons activement fait la promotion de notre rôle et de notre apport auprès du système de santé. Cela nous a permis de conclure des ententes pluriannuelles de financement avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. En outre, nos discussions continues avec Santé Canada ont mené au renouvellement de notre entente de financement à long terme en vigueur depuis avril 2012. Afin d'assurer l'utilisation appropriée de ce financement, nous avons préparé un portrait financier et un plan d'activité pluriannuels et mis en œuvre plusieurs initiatives de gain d'efficacité, visant notamment l'automatisation des systèmes et l'amélioration des processus.

Risque 2 : Dossier de santé électronique et dossier médical électronique

L'utilisation accrue du dossier de santé électronique (DSE) modifiera la nature des données recueillies ainsi que la façon dont elles sont recueillies, acheminées et entreposées. Ainsi, certaines de nos sources de données actuelles risquent d'être remplacées par les données du DSE. Nous avons continué à jouer notre rôle de chef de file en travaillant de concert avec Inforoute Santé du Canada, les provinces et les territoires pour inciter nos intervenants à participer à l'élaboration d'une vision de l'utilisation des données pour les besoins du système de santé au Canada. Nous appuyons également leur adoption de la Norme pancanadienne relative au contenu des dossiers médicaux électroniques (DME) en lien avec les soins de santé primaires et l'extraction des données pour les besoins du système de santé. L'expansion de notre système de déclaration volontaire des soins de santé primaires renforce assurément notre capacité d'adaptation au nouveau contexte d'utilisation du dossier électronique.

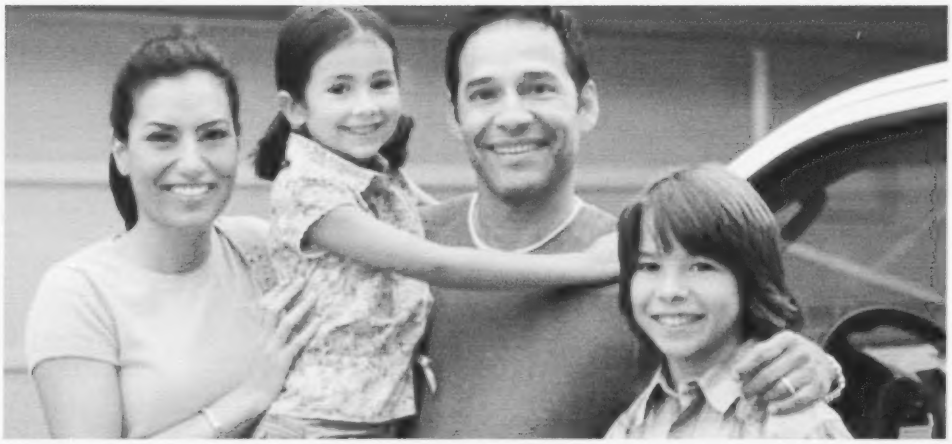
Risque 3 : Participation du personnel

Notre organisme est récemment passé d'un état de croissance à un état de stabilité. En prévision de ce changement, nous avons dû fonctionner différemment au cours de la dernière année et, ainsi, assurer la transition vers une nouvelle entente de financement. La direction a trouvé un moyen de réduire la rémunération de 5 millions de dollars en éliminant 53,5 équivalents temps plein avant la fin de l'exercice dans le cadre du roulement normal du personnel. Puisque cette mesure pouvait nuire au moral et à la participation du personnel, nous avons invité nos employés à forger l'avenir de l'organisme en participant à l'élaboration de notre nouvelle mission, de nos valeurs, de notre mandat et de notre plan stratégique, et en trouvant des gains en efficacité. L'objectif était d'encourager la communication ouverte et la transparence à tous les échelons de l'organisme. Nous avons tenu le personnel au courant de notre stratégie en matière de ressources humaines et nous avons continué la mise en œuvre de nos stratégies d'atténuation, notamment par la prestation de programmes d'apprentissage et de perfectionnement et l'offre de tâches ou de possibilités intéressantes et stimulantes. Nous avons aussi continué d'évaluer la participation du personnel. Le sondage auprès des employés de 2011, qui s'est déroulé en juin, a obtenu un taux de réponse de 92 %.

Les résultats ont été positifs, malgré une légère baisse par rapport à 2009. Ils témoignent encore une fois de l'engagement de notre main-d'œuvre et font état du recours à des groupes de travail pour examiner certaines questions, notamment la gestion du rendement, la reconnaissance et la satisfaction des employés. Les recommandations (60 au total) ont été présentées à la direction et un plan de mise en œuvre est en cours d'élaboration.

Risque 4 : Appui aux intervenants

La décentralisation des pouvoirs dans les soins de santé et le peu de volonté des gouvernements provinciaux et territoriaux à collaborer aura pour effet de réduire la demande de données pancanadiennes. Au cours de la dernière année, nous avons fait la promotion des produits et services d'information les plus pertinents pour les organismes de soins de santé (tels que le Portail de l'ICIS, les tableaux de bord, les indicateurs de performance, les données sur l'établissement des coûts et le Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens). De plus, nous avons insisté davantage sur notre valeur pour nos partenaires et prouvé l'utilité des comparaisons pancanadiennes. En réaction à ces besoins changeants, nous avons mené un plus grand nombre d'analyses et de projets axés sur les provinces et les régions, et cherché à établir des partenariats locaux, le cas échéant.



États financiers vérifiés

Aux membres du Conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui comprennent les bilans au 31 mars 2012 et 2011, ainsi que les états des revenus et des dépenses, de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie de l'exercice terminé à ces dates, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité des auditeurs

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement des auditeurs, et notamment de leur évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, les auditeurs prennent en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus dans le cadre de notre audit sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'ICIS au 31 mars 2012 et 2011, ainsi que de ses résultats d'exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à ces dates conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

Ottawa, Canada
Le 21 juin 2012

Ernst & Young s.r.l./S.E.N.C.R.L.

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés

Bilan

Au 31 mars

	2012 $	2011 $
Actif		
À court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie *(note 3)*	**14 664 363**	9 415 915
Débiteurs *(note 4)*	**3 336 326**	3 273 336
Charges payées d'avance	**2 703 515**	2 289 373
	20 704 204	14 978 624
Placements — Carnet de route *(note 5)*	**751 664**	9 778 466
Immobilisations *(note 6)*	**15 481 218**	17 610 241
Autres actifs *(note 7)*	**210 283**	478 889
Actif au titre de prestations de retraite constituées *(note 8)*	**18 483 900**	9 863 900
	55 631 269	52 710 120
Passif		
À court terme		
Créditeurs et charges à payer *(note 10)*	**7 675 764**	5 616 554
Revenus reportés	**4 565 077**	5 500 567
	12 240 841	11 117 121
Passif au titre de prestations de retraite constituées *(note 8)*	**597 302**	556 600
Apports reportés *(note 11)*		
Charges d'exercices futurs	**22 611 894**	18 808 292
Immobilisations	**12 640 450**	14 507 704
Avantages incitatifs relatifs aux baux *(note 12)*	**2 183 612**	2 651 433
	50 274 099	47 641 150
Actif net		
Investi en immobilisations	**2 077 563**	2 115 955
Non affecté	**3 279 607**	2 953 015
	5 357 170	5 068 970
	55 631 269	52 710 120

Engagements *(note 16)*

Voir les notes afférentes aux états financiers.

Au nom du Conseil d'administration,

Administrateur

Administrateur

États des revenus et des dépenses

Exercice terminé le 31 mars

	2012 $	2011 $
Revenus		
Plan de base *(note 13)*	**16 368 700**	16 368 700
Ventes	**2 209 405**	1 769 190
Financement — autre *(note 14)*	**5 464 478**	2 873 562
Initiative de l'information sur la santé/Carnet de route	**79 681 658**	86 075 097
Autres revenus	**391 868**	160 052
	104 116 109	107 246 601
Dépenses		
Rémunération	**71 304 282**	71 939 221
Services externes et professionnels	**11 779 144**	13 229 836
Déplacements et comités consultatifs	**3 116 339**	4 194 783
Fournitures et services de bureau	**1 027 104**	1 448 429
Ordinateurs et télécommunications	**7 018 481**	7 338 178
Frais d'occupation	**9 582 559**	8 972 154
	103 827 909	107 122 601
Excédent des revenus sur les dépenses	**288 200**	124 000

Voir les notes afférentes aux états financiers.

État de l'évolution de l'actif net

Exercice terminé le 31 mars

	Investi en immobilisations	Non affecté	2012	2011
	$	$	$	$
Solde au début de l'exercice	**2 115 955**	**2 953 015**	**5 068 970**	4 944 970
Excédent (insuffisance) des revenus sur les dépenses	**(638 233)**	**926 433**	**288 200**	124 000
Investissement net en immobilisations	**599 841**	**(599 841)**	**—**	—
Solde à la fin de l'exercice	**2 077 563**	**3 279 607**	**5 357 170**	5 068 970

Voir les notes afférentes aux états financiers.

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars

	2012 $	2011 $
Activités d'exploitation		
Excédent des revenus sur les dépenses	**288 200**	124 000
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**4 538 960**	4 660 147
Amortissement des avantages incitatifs relatifs aux baux	**(467 821)**	(468 829)
Prestations de retraite	**(8 579 298)**	(5 959 500)
Amortissement des apports reportés — immobilisations	**(3 736 503)**	(3 927 471)
Perte à la cession d'immobilisations	**59 153**	185 588
	(7 897 309)	(5 386 065)
Variation des éléments hors caisse du fonds de roulement *(note 15)*	**646 588**	(7 461 627)
Variation nette des autres actifs	**268 606**	(77 702)
Variation nette des apports reportés	**5 672 851**	(324 313)
Flux de trésorerie liés aux activités d'exploitation	**(1 309 264)**	(13 249 707)
Activités d'investissement		
Acquisition d'immobilisations	**(2 474 683)**	(1 960 186)
Produit à la cession d'immobilisations	**5 593**	4 757
Acquisition de placements — Carnet de route	**(11 475 922)**	(23 940 090)
Produit à la cession de placements — Carnet de route	**20 502 724**	29 636 632
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	**6 557 712**	3 741 113
Variation nette de la trésorerie	**5 248 448**	(9 508 594)
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début de l'exercice	**9 415 915**	18 924 509
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin de l'exercice	**14 664 363**	9 415 915
Composée de :		
Encaisse	**864 363**	1 915 915
Placements à court terme	**13 800 000**	7 500 000
	14 664 363	9 415 915
Information supplémentaire		
Intérêt reçu	**321 753**	191 120

Voir les notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Le 31 mars 2012

1. Organisme

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme national sans but lucratif, constitué en vertu de la partie II de la *Loi sur les corporations canadiennes*.

L'ICIS est un organisme national qui exerce le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé.

L'ICIS n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

2. Méthodes comptables

Ces états financiers ont été dressés selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Les principales méthodes comptables sont les suivantes :

Comptabilisation des revenus

Les apports de financement sont comptabilisés en tant que revenus au cours du même exercice où les dépenses connexes sont engagées. Les montants approuvés mais non reçus à la fin de l'exercice sont comptabilisés en tant que débiteurs. Les apports excédentaires qui nécessitent un remboursement conformément à l'entente sont comptabilisés comme charges à payer.

Les apports fournis à une fin particulière et ceux faisant l'objet d'une affectation selon les dispositions d'une entente contractuelle sont comptabilisés comme des apports reportés et ensuite comme des revenus au cours du même exercice où les dépenses connexes sont engagées. Les apports fournis à des fins d'achat d'immobilisations sont comptabilisés comme des apports reportés — immobilisations et ensuite comme des revenus selon les mêmes modalités et la même méthode que l'amortissement des immobilisations connexes.

Les intérêts créditeurs sont comptabilisés en tant que revenus réalisés au cours de l'exercice selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Les revenus et pertes de placement au titre des apports affectés sont débités ou crédités au compte des apports reportés connexes et comptabilisés en tant que revenus au cours du même exercice où les dépenses admissibles sont engagées.

Placements — Carnet de route

Les placements — Carnet de route sont présentés à la juste valeur déterminée selon les cours du marché des placements sous-jacents.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire en fonction de leurs durées d'utilisation estimatives, comme suit :

Ordinateurs	5 ans
Mobilier et matériel	5 à 10 ans
Équipement de télécommunication	5 ans
Améliorations locatives	Durée du bail

Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs relatifs aux baux, qui se composent d'allocations pour améliorations locatives, de loyers gratuits et autres sont amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée des baux.

Prestations de retraite

L'évaluation actuarielle des obligations au titre des prestations constituées relatives aux prestations de retraite est fondée sur la méthode de la répartition des prestations au prorata des services laquelle comprend les meilleures estimations de la direction concernant l'évolution future des niveaux de salaire, l'augmentation d'autres coûts, l'âge de départ à la retraite des salariés et d'autres facteurs actuariels.

Pour les besoins du calcul du taux de rendement prévu des actifs des régimes, ces actifs sont évalués à leur juste valeur.

Les gains actuariels ou pertes actuarielles résultent de l'écart entre le rendement à long terme réel des actifs des régimes au cours d'une période et le rendement prévu à long terme des actifs des régimes pendant cette période, ou des modifications apportées aux hypothèses actuarielles utilisées pour déterminer l'obligation au titre des prestations constituées. L'excédent du gain actuariel cumulé net ou de la perte actuarielle cumulée nette sur 10 % de l'obligation au titre des prestations constituées, ou sur 10 % de la juste valeur des actifs des régimes, si ce dernier montant est plus élevé, est amorti sur la durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs. La durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs couverts par le régime de retraite agréé est de 13 ans (2011 — 13 ans). La durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs couverts par le régime de retraite complémentaire est de 10 ans (2011 — 12 ans).

Conversion des devises

Les revenus et les dépenses sont convertis aux taux de change en vigueur à la date de la transaction. Les gains et les pertes de change sont enregistrés aux revenus divers ou dépenses diverses. Les actifs et passifs monétaires libellés en devises sont convertis aux taux de change en vigueur à la date du bilan.

Utilisation d'estimations

La préparation des états financiers exige que la direction fasse des estimations et pose des hypothèses qui ont une incidence sur les montants constatés des actifs et passifs, sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants des revenus et des dépenses constatés au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations de la direction à mesure que des renseignements supplémentaires seront obtenus.

La durée de vie utile estimative des immobilisations et le montant des charges à payer, y compris les prestations de retraite constituées, sont les éléments les plus importants qui font l'objet d'estimations.

Instruments financiers

Les instruments financiers sont évalués à leur juste valeur lors de leur comptabilisation initiale, puis inscrits selon leur classement. La trésorerie et les équivalents de trésorerie ainsi que les placements sont désignés comme étant détenus à des fins de transaction et évalués à leur juste valeur. Les débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses, sont classés comme des prêts et créances et comptabilisés au coût après amortissement. Les créditeurs et charges à payer sont classés dans les autres passifs financiers et sont comptabilisés au coût après amortissement. Compte tenu de la nature à court terme des débiteurs de même que des créditeurs et charges à payer, le coût après amortissement se rapproche de la juste valeur.

La direction estime que l'ICIS n'est pas exposé à un risque important de taux d'intérêt ou de crédit au titre de ces instruments financiers.

a) Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt se rapporte aux conséquences néfastes que pourraient avoir les fluctuations du taux d'intérêt sur les flux de trésorerie, la situation financière et les revenus de placement de l'ICIS.

b) Risque de crédit

Le risque de crédit représente le danger éventuel qu'une des parties à un instrument financier ne puisse faire face à l'une de ses obligations et amène de ce fait l'autre partie à subir une perte financière.

Il y a concentration du risque de crédit lorsqu'une proportion importante du portefeuille est constituée de titres présentant des caractéristiques ou des variations semblables sur le plan des facteurs économiques, politiques et autres. L'ICIS surveille régulièrement la santé financière de ses placements.

De plus, comme il est mentionné à la note 9, l'ICIS dispose d'une marge de crédit, utilisée lorsque les flux de trésorerie d'exploitation ne sont pas suffisants pour couvrir les dépenses d'exploitation et en capital.

Modifications comptables futures

Le Conseil des normes comptables (CNC) de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) exige désormais que les organismes sans but lucratif du secteur privé appliquent les normes de la partie III du Manuel de l'ICCA ou les IFRS pour les années débutant au ou après le 1er janvier 2012.

ICIS adoptera la partie III du Manuel de l'ICCA pour l'année fiscale 2013 et évalue l'impact du changement sur ses états financiers.

3. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie sont constitués de l'encaisse et des placements à court terme à des taux d'intérêt divers et venant à échéance dans un délai de moins de 90 jours (2011 — 90 jours).

4. Débiteurs

	2012	2011
	$	$
Exploitation	**1 626 723**	1 457 319
Financement — autre	**1 709 603**	1 816 017
	3 336 326	3 273 336

5. Placements — Carnet de route

Les placements — Carnet de route sont constitués d'instruments financiers comme des certificats de placement garanti (CPG) et des dépôts à terme.

6. Immobilisations

	2012		2011	
	Coût	Amortissement cumulé	Coût	Amortissement cumulé
	$	$	$	$
Ordinateurs	**20 397 033**	**13 818 510**	19 001 611	12 054 825
Mobilier et matériel	**6 177 313**	**3 609 044**	6 146 335	3 106 575
Équipement de télécommunication	**1 370 066**	**1 002 077**	1 349 627	818 376
Améliorations locatives	**10 717 399**	**4 750 962**	10 694 875	3 602 431
	38 661 811	**23 180 593**	37 192 448	19 582 207
Amortissement cumulé	**(23 180 593)**		(19 582 207)	
Valeur comptable nette	**15 481 218**		17 610 241	

7. Autres actifs

Les autres actifs se composent de dépôts de loyer auprès des propriétaires pour les espaces de bureau ainsi que des charges payées d'avance afférentes au soutien et à l'entretien des logiciels et de l'équipement.

8. Prestations de retraites constituées

L'ICIS a un régime de retraite à prestations déterminées contributif (Régime de retraite agréé) qui offre aux employées un revenu de retraite annuel basé sur le nombre d'années de service et sur le salaire maximal moyen pendant cinq ans. De plus, l'ICIS offre un montant complémentaire aux membres qui sont assujettis à la pension maximale, telle que définie dans la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Régime de retraite complémentaire).

L'évaluation actuarielle aux fins de capitalisation la plus récente pour le Régime de retraite agréé a été préparée par le cabinet d'actuaires Mercer en date du 1er janvier 2011. La prochaine évaluation sera en date du 1er janvier 2014.

La juste valeur des actifs et des obligations au titre des prestations constituées aux fins comptables des régimes de retraite est déterminée par Mercer au 31 mars de chaque exercice.

Les tableaux suivants présentent la situation de capitalisation des régimes de retraite ainsi que les montants comptabilisés dans le bilan de l'ICIS.

Les dépenses des régimes de retraite comprennent les composantes suivantes :

	2012		2011	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	$	$	$	$
Coût des services rendus, au cours de l'exercice, déduction faite des cotisations des employés	**4 577 900**	**41 700**	4 409 800	50 000
Intérêts débiteurs sur les obligations au titre des prestations constituées	**3 536 700**	**24 600**	2 889 400	26 000
Rendement prévu des actifs des régimes	**(4 079 300)**	**—**	(2 981 300)	—
Amortissement de l'actif transitoire	**(57 700)**	**—**	(57 700)	—
Amortissement de la perte actuarielle nette (du gain actuariel)	**27 500**	**(14 000)**	23 500	(6 600)
Dépenses des régimes de retraite	**4 005 100**	**52 300**	4 283 700	69 400

L'actif transitoire totalisait 923 357 $ au 1er avril 2000.

Les changements dans les obligations au titre des prestations constituées s'établissent comme suit :

	2012		2011	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	$	$	$	$
Obligations au titre des prestations constituées, au début de l'exercice	**53 034 500**	**460 100**	41 221 300	354 700
Coût des services rendus au cours de l'exercice, déduction faite des cotisations des employés	**4 577 900**	**41 700**	4 409 800	50 000
Intérêts débiteurs sur les obligations au titre des prestations constituées	**3 536 700**	**24 600**	2 889 400	26 000
Cotisations des employés	**3 145 700**	**—**	2 745 600	—
Prestations versées	**(987 500)**	**(11 600)**	(1 065 300)	(11 500)
Gain actuariel	**29 958 400**	**41 300**	2 833 700	40 900
Obligations au titre des prestations constituées, à la fin de l'exercice	**93 265 700**	**556 100**	53 034 500	460 100

Les changements dans les actifs des régimes sont comme suit :

	2012		2011	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	$	$	$	$
Juste valeur des actifs, au début de l'exercice	**57 287 400**	**—**	41 153 300	—
Rendement réel des actifs	**2 394 400**	**—**	4 152 700	—
Cotisations de l'employeur	**12 625 100**	**11 600**	10 301 100	11 500
Cotisations des employés	**3 145 700**	**—**	2 745 600	—
Prestations versées	**(987 500)**	**(11 600)**	(1 065 300)	(11 500)
Juste valeur des actifs, à la fin de l'exercice	**74 465 100**	**—**	57 287 400	—

La composition des actifs des régimes est comme suit :

	2012		2011	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	%	%	%	%
Catégorie d'actifs :				
Obligations	**35**	**—**	35	—
Actions	**65**	**—**	65	—
	100	**—**	100	—

L'ICIS a comptabilisé les actifs et passifs comme suit :

	2012		2011	
	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémentaire $	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémetaire $
Obligations au titre des prestations constituées, à la fin de l'exercice	**(93 265 700)**	**(556 100)**	(53 034 500)	(460 100)
Juste valeur des actifs, à la fin de l'exercice	**74 465 100**	**—**	57 287 400	—
Situation de capitalisation — surplus (déficit), à la fin de l'exercice	**(18 800 600)**	**(556 100)**	4 252 900	(460 100)
Actif transitoire non amorti	**(230 900)**	**—**	(288 600)	—
Perte actuarielle nette (gain actuariel net) non amorti(e)	**37 515 400**	**(41 202)**	5 899 600	(96 500)
Actif (passif) au titre des prestations de retraite constituées	**18 483 900**	**(597 302)**	9 863 900	(556 600)

Les hypothèses actuarielles utilisées pour déterminer les coûts et les obligations au titre des prestations constituées représentent les meilleures estimations de la direction et sont comme suit :

	2012		2011	
	Régime de retraite agréé %	Régime de retraite complémentaire %	Régime de retraite agréé %	Régime de retraite complémetaire %
Coût des services rendus pour les exercices terminés le 31 mars				
Taux d'actualisation	**6,25**	**6,25**	6,50	6,50
Taux de rendement à long terme prévu des actifs	**6,75**	**—**	6,75	—
Taux de croissance de la rémunération	**4,00**	**4,00**	4,00	4,00
Obligations au titre des prestations constituées au 31 mars				
Taux d'actualisation	**4,50**	**4,50**	6,25	6,25
Taux de croissance de la rémunération	**4,00**	**4,00**	4,00	4,00

9. Dette bancaire

L'ICIS a une marge de crédit de 500 000 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux préférentiel. Cette facilité de crédit est garantie par un contrat de garantie générale sur tous les actifs à l'exception des systèmes informatiques. Au 31 mars 2012, une lettre de crédit d'un montant de 229 600 $ (31 mars 2011 — 230 500 $) avait été émise à l'égard de la marge de crédit pour les besoins du Régime de retraite complémentaire. En mai 2012, l'ICIS a augmenté sa marge de crédit à 5 000 000 $.

10. Créditeurs et charges à payer

Les créditeurs et charges à payer concernent les activités d'exploitation. À la fin de l'exercice, un montant de 194 791 $ (2011 — néant) représentant l'apport annuel excédentaire reçu par Santé Canada en ce qui a trait à l'Initiative de l'information sur la santé était exigible.

11. Apports reportés

Charges d'exercices futurs

Depuis 1999, Santé Canada a financé, en grande partie dans le cadre du Carnet de route, l'établissement d'un système national complet d'information sur la santé et de l'infrastructure requise pour donner aux Canadiens l'information dont ils ont besoin pour maintenir et améliorer le système de santé au Canada et la santé de la population. Les apports financiers de Santé Canada ont été reçus sous forme de paiement global direct. Le financement continu du Carnet de route ainsi que d'autres apports financiers de Santé Canada ont été consolidés dans le cadre de l'Initiative de l'information sur la santé au 1er avril 2007. L'apport financier de Santé Canada est reçu annuellement selon les besoins en capital de l'ICIS.

Les apports reportés liés aux charges d'exercices futurs représentent les apports affectés non dépensés. Les variations survenues dans le solde des apports reportés — charges d'exercices futurs pour l'exercice sont les suivantes :

	2012 $	2011 $
Solde au début de l'exercice	**18 808 292**	20 393 230
Apport reçu de Santé Canada pendant l'exercice	**81 746 294**	81 746 294
Apport à rembourser à Santé Canada *(note 10)*	**(194 791)**	—
Revenus de placement affectés	**65 268**	77 019
Montant constaté comme financement — activités de ICIS	**(75 943 920)**	(82 147 626)
Montant transféré aux apports reportés — immobilisations	**(1 869 249)**	(1 260 625)
Solde à la fin de l'exercice	**22 611 894**	18 808 292

Immobilisations

Les apports reportés afférents aux immobilisations comprennent les fractions non amorties des apports affectés ayant servi à l'acquisition d'immobilisations.

Les variations survenues dans le solde des apports reportés — immobilisations pour l'exercice sont les suivantes :

	2012 $	2011 $
Solde au début de l'exercice	**14 507 704**	17 174 550
Montant reçu au titre de l'apport de l'Initiative de l'information sur la santé	**1 869 249**	1 260 625
Montant constaté comme financement	**(3 736 503)**	(3 927 471)
Solde à la fin de l'exercice	**12 640 450**	14 507 704

12. Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs relatifs aux baux incluent les montants suivants :

	2012 $	2011 $
Allocations pour améliorations locatives	**763 205**	986 582
Avantages incitatifs sous forme de loyers gratuits et autres	**1 420 407**	1 664 851
	2 183 612	2 651 433

L'amortissement relatif aux allocations pour améliorations locatives ainsi qu'aux loyers gratuits et autres avantages incitatifs s'élève respectivement à 223 377 $ et 244 444 $ (2011 — 224 282 $ et 244 547 $ respectivement).

13. Plan de base

Le Plan de base est une série de produits et services liés à l'information sur la santé offerts aux établissements de soins de santé canadiens, aux autorités sanitaires régionales et aux ministères provinciaux et territoriaux de la santé. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont acheté le Plan de base de l'ICIS pour tous les établissements de santé dans leur secteur de compétence.

14. Financement — autre

	2012 $	2011 $
Gouvernements provinciaux et territoriaux	**3 575 625**	2 070 743
Gouvernement fédéral	**560 796**	630 796
Autre	**1 328 057**	172 023
	5 464 478	2 873 562

15. Variation nette des éléments hors caisse du fonds de roulement

	2012 $	2011 $
Débiteurs	**(62 990)**	(1 757 796)
Charges payées d'avance	**(414 142)**	(91 648)
Créditeurs et charges à payer	**2 059 210**	(5 202 209)
Revenus reportés	**(935 490)**	(409 974)
	646 588	(7 461 627)

16. Engagements

L'ICIS loue des espaces de bureau en vertu de différents contrats de location-exploitation, et les baux se terminent à différentes dates. De plus, l'ICIS a pris des engagements en vertu d'un certain nombre d'ententes pour les contrats professionnels et le soutien et l'entretien des logiciels et de l'équipement. Les montants minimaux à débourser pour les cinq prochains exercices et par la suite sont les suivants :

	$
2013	13 010 823
2014	8 035 528
2015	7 692 654
2016	5 657 949
2017 et par la suite	11 320 747

17. Gestion du capital

Les objectifs de l'ICIS relativement à la gestion du capital consistent à préserver sa capacité de demeurer un organisme autonome sans but lucratif pour réaliser son mandat. En vertu d'accords de contribution divers, les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux fournissent la plus grande partie du capital de l'ICIS. Les placements — Carnet de route, affectés par l'accord de l'Initiative de l'information sur la santé conclu avec le ministère fédéral de la Santé, est une autre source de capital. L'ICIS gère ses programmes et ses projets dans le cadre des conditions de ces accords, notamment le financement de ses régimes de prestations de retraite conformément aux règlements applicables. La direction de l'ICIS surveille son capital en examinant périodiquement diverses mesures financières, y compris les flux de trésorerie et les écarts par rapport au budget ainsi que les prévisions pluriannuelles. L'ICIS s'est conformé à l'ensemble des affectations d'origine externe.

Notre équipe de direction et de gouvernance

Haute direction (en date du 31 mars 2012)

John Wright
Président-directeur général

Jean-Marie Berthelot
Vice-président, Programmes

Caroline Heick
Directrice exécutive, Ontario et Québec

Anne McFarlane
Vice-présidente, Région de l'Ouest
et Initiatives de développement

Scott Murray
Vice-président et chef des services
de technologie

Louise Ogilvie
Vice-présidente, Services administratifs

Stephen O'Reilly
Directeur exécutif, Canada atlantique

Jeremy Veillard
Vice-président, Recherche et Analyse

Elizabeth Blunden
Directrice, Ressources humaines
et Administration

Lorraine Cayer
Directrice, Finances

David Clements
Directeur, Stratégie et Formation

Anne Cochrane
Directrice, Communications
et Relations externes

Cathy Davis
Directrice, Services d'information sur
les soins ambulatoires et de courte durée

Mark Fuller
Directeur, Applications et Services Web

Jean Harvey
Directrice, Initiative sur la santé
de la population canadienne

Kimberly Harvey
Directrice, Architecture, Planification
et Normes

Michael Hunt
Directeur, Services d'information
sur les produits pharmaceutiques
et la main-d'œuvre de la santé

Kira Leeb
Directrice, Performance du système de santé

Barbara McLean
Directrice intérimaire, Services centraux
à la clientèle

Kathleen Morris
Directrice, Analyse du système de santé
et Questions émergentes

Anne-Mari Phillips
Chef de la protection des renseignements
personnels et avocate générale

Mea Renahan
Directrice intérimaire, Normes de données
cliniques et Qualité

Francine Anne Roy
Directrice, Dépenses de santé
et Initiatives stratégiques

Greg Webster
Directeur, Information sur les soins de santé
primaires et Registres cliniques

Douglas Yeo
Directeur, Méthodologies et soins spécialisés

Conseil d'administration (en date du 31 mars 2012)

Président du Conseil d'administration

Dr Brian Postl
Doyen de la Faculté de médecine,
Université du Manitoba
Winnipeg, Manitoba

Région 1 : Colombie-Britannique et Yukon

M. Howard Waldner
Président-directeur général, Autorité sanitaire
Vancouver Island
Victoria, Colombie-Britannique

M. Graham Whitmarsh
Sous-ministre, ministère de la Santé
de la Colombie-Britannique
Victoria, Colombie-Britannique

Région 2 : Prairies, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Dr Chris Eagle
Président-directeur général, Services
de santé de l'Alberta
Edmonton, Alberta

Mme Marlene Smadu
Vice-doyenne des sciences infirmières,
Université de la Saskatchewan
Regina, Saskatchewan

Région 3 : Ontario

M. Saäd Rafi
Sous-ministre de la Santé et des Soins
de longue durée
Toronto, Ontario

Mme Janet Davidson
Chef canadienne du Global Healthcare
Center of Excellence, KPMG
Toronto, Ontario

Le Conseil d'administration s'est réuni en juin et en novembre 2011, ainsi qu'en mars 2012.

Région 4 : Québec

M. Denis Lalumière
Sous-ministre adjoint, Planification
stratégique, évaluation et qualité, ministère
de la Santé et des Services sociaux
Québec, Québec

Dr Luc Boileau
Président-directeur général, Institut national
de santé publique du Québec
Québec, Québec

Région 5 : Atlantique

M. Don Ferguson
Sous-ministre de la Santé, gouvernement
du Nouveau-Brunswick
Fredericton, Nouveau-Brunswick

M. John McGarry
Conseiller privé en administration de la santé
Fredericton, Nouveau-Brunswick

Canada

Dr Marshall Dahl
Consultant en endocrinologie, Hôpital
et Centre des sciences de la santé
de Vancouver et Hôpital Burnaby
Vancouver, Colombie-Britannique

Dr Vivek Goel
Président-directeur général,
Santé publique Ontario
Toronto, Ontario

Président, Conseil de l'ISPC

Dr Cordell Neudorf
Médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire
de Saskatoon
Saskatoon, Saskatchewan

Santé Canada

Le Conseil d'administration ne compte
actuellement aucun représentant
de Santé Canada.

Statistique Canada

M. Wayne Smith
Statisticien en chef, Statistique Canada
Ottawa, Ontario

Composition des comités du Conseil d'administration

Comité sur les ressources humaines

Le Comité sur les ressources humaines aide le Conseil d'administration à s'acquitter de ses fonctions en matière de surveillance de la politique de rémunération, de la rémunération des cadres, de la relève de la haute direction et d'autres activités liées aux ressources humaines clés.

Le Comité s'est réuni en novembre 2011 et en mars 2012.

Membres
Brian Postl (président)
Marshall Dahl
Vivek Goel
John McGarry
Marlene Smadu

Comité sur le respect de la vie privée et la protection des données

Le Comité sur le respect de la vie privée et la protection des données examine l'orientation du programme de respect de la vie privée et formule des recommandations à cet égard, passe en revue les résultats du programme de vérification de la confidentialité, émet des recommandations sur nos pratiques en matière de respect de la vie privée et de protection des données en fonction des rapports de vérification et informe le Conseil d'administration des incidences des changements majeurs apportés aux lois sur la protection de la vie privée. Ce comité reçoit également les rapports d'incidents graves au sein de l'ICIS susceptibles d'apparaître comme des atteintes à la confidentialité et soumet un rapport annuel au Conseil d'administration.

Le comité s'est réuni en novembre 2011 et en mars 2012.

Membres
Vivek Goel (président)
Denis Lalumière
Brian Postl (d'office)

Comité de gouvernance

Le Comité de gouvernance assiste le Conseil d'administration dans l'amélioration de son fonctionnement, de sa structure, de sa composition et de son infrastructure. Il exerce également les fonctions du Comité des mises en candidature conformément à nos règlements.

Le comité s'est réuni en mai et en octobre 2011.

Membres
Chris Eagle (président)
Luc Boileau
Cordell Neudorf
Wayne Smith
Brian Postl (d'office)

Comité des finances et de la vérification

Le Comité des finances et de la vérification examine les politiques financières générales, dont le plan opérationnel et le budget annuels, en recommande l'approbation et évalue la situation financière et le régime de retraite de l'organisme. Il formule aussi des recommandations relatives aux états financiers, au rapport du vérificateur et à la nomination des vérificateurs pour l'année à venir. Il oriente et évalue notre programme de vérification interne.

Le comité s'est réuni en mai et en novembre 2011, ainsi qu'en janvier et en mars 2012.

Membres
John McGarry (président)
Janet Davidson
Don Ferguson
Howard Waldner
Graham Whitmarsh
Brian Postl (d'office)

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication ne peut être reproduit en tout ou en partie sans l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-060-5 (PDF)

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé, *Au cœur des données — rapport annuel 2011-2012 de l'Institut canadien d'information sur la santé*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2012.

This publication is also available in English under the title *At the Heart of Data—Canadian Institute for Health Information Annual Report, 2011–2012*.
ISBN 978-1-77109-058-2 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information